CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDIKCORP SAS
NIT: 900789848-1

Certificado de aptitud: 8772356-63559

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: INGRESO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: CRA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	14 ago. 2026 - BARRANQUILLA - ATLANTICO	**Identificación:**	8772356
Paciente:	*NOAMEH FRANCISCO CAMARGO HERRERA*	***Teléfono***	***Móvil:*** *3005763072*
Género	MASCULINO **Edad:** 55	**EPS:**	MUTUAL SER
Fecha Nacimiento:	26/05/1971	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**AFP:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**Cargo:**	ARCHIVO

Área: ADMINISTRATIVA
Correo Electrónico: noameh3@gmail.com

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

OPTOMETRIA	DEFICIT EN VISION DE LEJOS Y CERCA EN AMBOS OJOS; DEBE ACTUALIZAR SUS LENTES; SE LE RECOMIENDA USO DE PRESCRIPCION OPTICA NO PERMANENTE; CONTROL VISUAL ANUAL.
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, VALORACIÓN POR MEDICO Y NUTRICION EN EPS. CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.REALIZAR CONTROLES DE GLICEMIA INDICADOS POR SU MÉDICO TRATANTE. VALORACION POR CARDIOLOGIA.
HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
ELECTROCARDIOGRAMA	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CARDIOVASCULAR	–CONTROL Y SEGUIMIENTO	SVE

Información de Remisiones

NUTRICIONISTA Y MEDICO DE SU EPS	ALTERACION DEL IMC (33.3), CONTROL PESO CORPORAL
CARDIOLOGIA	VALORACION CON RESULTADO DE ELECTROCARDIOGRAMA ALTERADO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrado en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgo y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestra si me aplica. Certifico que la información brindada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
RUTH MARIA ACOSTA IBAÑEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 32733221
1313 - 2978

Firma y cédula del Paciente
NOAMEH FRANCISCO CAMARGO HERRERA
8772356