MEDICALD BS

MEDICALD BS IPS
NIT: 901311650 - 0
CARRERA 4° No. 1-14
3125715271

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

PACIENTE: CC 1077970138 FABER ALEJANDRO ENCISO NIÑO
FECHA DE NACIMIENTO: 04/12/1990, EDAD: 33 años, 1 meses y 8 días
DIRECCIÓN: VILLETA, CLL 8 3 54 B ZAFIRO
TELÉFONO: 3219293871. ACOMPAÑANTE: LAURA PAOLA RINCON,
RÉGIMEN: Particular
ADMINISTRADORA: Particular

FECHA Y HORA	REGISTRO
12/01/2024 16:56	2563201

890262 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

FORMATO CONSULTA OCUPACIONAL

CONCEPTO

APTO PARA DESEMPEÑAR LABOR COMO CONTADOR DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLETA. EN EL ASPECTO OSTEOMUSCULAR: SI

RESTRICCIONES: NINGUNA
RECOMENDACIONES: VER ABAJO

EXAMEN LABORAL OCUPACIONAL, EN CONTEXTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CON ENFASIS EN ASPECTO OSTEOMUSCULAR, SIN ALTERACION.
NO SE DEMUESTRAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN LA REALIZACION DEL CARGO MANIFIESTO.

VISIOMETRIA CLINICA: AGUDEZA VISUAL CONSERVADA 20/30 EN AMBOS OJOS.
AUDIOMETRÍA MÉDICA OCUPACIONAL: CONSERVADA PARA LA LABOR Y LA COMUNICACION.

RECOMENDACION

1. ACTIVIDAD FÍSICA 35 MINUTOS AL DIA, 7 DIAS DE LA SEMANA
2. PRACTICAR ALGUN DEPORTE MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA
3. PAUSAS ACTIVAS - EN MEDIO DE LA JORNADA LABORAL
4. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR EN SITUACIONES ESPECIFICAS DE RIESGO.
5. CONSERVACION E HIGIENE AUDITIVA. USO DE PROTECCION AURICULAR NECESARIA

OBSERVACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver índices. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

El certificado se entrega en copia pdf con firma digital y es enviado a los datos de contacto.

MEDICALD BS
Dr. Edwin Calderón H.
Especialista en Medicina Laboral
Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 25-8629/20

EDWIN CALDERON HERNÁNDEZ
R.M. RM542382/07-ML250629
C.C. 79762444
ESPECIALIDAD. Medicina General. ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL
MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL