Leidy Tatiana Cárdenas Gaviria
Medico Especialista en Medicina Laboral y Sst . Celular:3206093481
Manizales - Caldas.

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN: OSTEOMUSCULAR

FECHA Y LUGAR DE REALIZACION DEL EXAMEN : 17 DE JULIO DEL 2026 **LUGAR:** MANIZALES-CALDAS

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA
CARGO A DESEMPEÑAR	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO	**HEBER ARMANDO CARDONA GRISALES**						
IDENTIFICACION	1.053.801.098	**EDAD**	35 AÑOS		**GENERO**	MASCULINO	
LUGAR DE NACIMIENTO	MANIZALES	**FECHA DE NACIMIENTO**	7 DE FEBRERO DE 1990		**GRUPO SANGUINEO**	A+	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	**ESCOLARIDAD**	POSGRADO	**TELEFONOS**:	3104299483		
DEPARTAMENTO	CALDAS	**CUIDAD**	MANIZALES	**DIRECCION**	CALLE 18A # 9-97		
EPS	SURA		**ARL**	COLMENA			

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:

OBSERVACIONES : ANEXO OSTEOMUSCULAR REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN SST: RESULTADO NORMAL NO CASO.

RESTRICCIONES LABORALES	SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR:	**SATISFACTORIO**	**HEMOGRAMA**:	NO APLICA
AUDIOMETRIA	NO APLICA	**GLICEMIA**	NO APLICA
VISIOMETRIA	NO APLICA	**PERFIL LIPIDICO**	NO APLICA
ELECTROCARDIOGRAMA	NO APLICA	**GONADOTROPINA**	NO APLICA

RECOMENDACIONES MEDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	USO DE CORRECCIÓN VISUAL A NECESIDAD Y SEGÚN INDICACIÓN	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

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 ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón 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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



LEIDY TATIANA CÁRDENAS GAVIRIA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL Y SST .
REGISTRO MEDICO:75832

FIRMA DEL TRABAJADOR:
CEDULA: 1053801098

}