CERTIFICADO APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE: Independiente

EMPRESA EN MISION:

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] ESPECIAL [ ]		FECHA: 19/03/2021	
NOMBRE: Javier Steven Cote Bejarano	EDAD: 21		C.C.: 1069283057
CARGO: Fundador de danzas	SEXO: F [ ] M [X]		CIUDAD: Bogotá

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO	[X]	5. VISIOMETRÍA	[ ]	LABORATORIOS:	[ ]
2. AUDIOMETRÍA	[ ]	6. PRUEBA PSICOTÉCNICA	[ ]		
3. ESPIROMETRÍA	[ ]	7. OTROS			
4. OPTOMETRÍA	[ ]				

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] Temporal [ ] Definitivo [ ]

CONCEPTO EXAMENES DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE [ ] / CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR [X]

APTO CON RESTRICCIÓN [ ]

APLAZADO [ ]

NO APTO PARA EL CARGO [ ]

CONCEPTO EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL [ ] / PERMANENTE [ ]

CONCEPTO EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGIA APARENTE [ ] RETIRO CON PATOLOGIA SEGUIMIENTO EPS. [ ]

CONCEPTO EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACION AL PUESTO DE TRABAJO [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL [ ] / PERMANENTE [ ]

CERTIFICADO DE MANIPULACION ALIMENTOS

APTO [ ] NO APTO [ ] APLAZADO [ ]

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

MANEJO POR EPS / ARL		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
Control periódico PP por EPS	[ ]	Control Periódico Ocupacional	[X]	Dieta	[X]
Remisión a EPS a:	[ ]	Higiene Postural	[X]	Ejercicio regular 3 veces/sem.	[X]
Continuar manejo médico	[ ]	Utilización de EPP	[X]	Dejar el hábito de fumar	[ ]
Remisión a ARL para manejo del caso	[ ]	Utilización de Ayudas Ergonómicas	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
Seguimiento caso ARP	[ ]	Realización de pruebas complementarias	[ ]		

Incluir en SVE (Sistema Vigilancia Epidemiológica) / VISUAL [X] AUDITIVO [ ] RESPIRATORIO [ ] ERGONÓMICO [X] QUÍMICO [ ] / CARDIOVASCULAR [ ] PSICOLABORAL [ ]

PP: Programa de promoción y prevención de la salud: Higiene oral semanal; Citología cerviovaginal anual, Control visual anual; Control de seno anual; Control de próstata anual

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Control anual por Optometría / Hábitos saludables

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a al) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(o) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mensionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examén médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y ha tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, interpretación, las limitaciones y riesgo del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas, entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará al(los) examen(es). Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autoriza a Salud Ocupacional & Medicinas Alternativas IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de colocar mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

NOMBRE DEL MEDICO

Dr. Oscar Andres Vega Diaz
Especialista Salud Ocupacional
Tic. 212316 Nov/2016
Roz. 76 3612

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C.