



Nombre Paciente: Oscar Armando Ramirez Ruiz

Identificacion

1117554715

Codigo Unico Paciente:

942

Empresa: SANVISERVICIOS SVS ZOMAC SAS

Fecha Nacimiento:

7/11/1999

Direccion: CALLE 23 NO 7-50 RICARTE

Página 1 de 1

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
1045	Masculino	21	Años	Soltero	10 - 11 (Media Técnica) FLORENCIA	20/04/2021 08:28:24
Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	COMEVA	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo: CONDUCTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE V		Estrato: [2] - Bajo	

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

#### CONCEPTO INGRESO:

<input checked="" type="checkbox"/>	APTO para el Cargo
<input type="checkbox"/>	No APTO para el Cargo
<input type="checkbox"/>	Aplazado
<input type="checkbox"/> PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD	

#### TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

#### CONCEPTO EGRESO:

<input type="checkbox"/>	Satisfactoria			
<input type="checkbox"/>	No Satisfactoria			
Valoracion por:	E.P.S.	<input type="checkbox"/>	A.R.L.	<input type="checkbox"/>

Reubicar Trabajador  Continua en el Cargo

### PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Auditivo  Visual  CardioVascular  Respiratorio  Ergonomico  Dermatologia  Otros

### SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: PRUEBA PSICOSENSOMETRICA, ADICIONAL PRUEBA PSICOLOGICA, VISIONMETRIA, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR , PERFIL LIPIDICO.

### DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

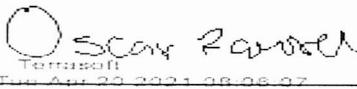
#### RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

#### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE--

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría 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 el(ex) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MAXITEST IPS S.A.S.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a MAXITEST IPS S.A.S., 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. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído 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.

  
Oscar Ramirez Ruiz  
TERRASOFT  
TUE APR 20 2021 08:06:07

