



MAXITEST IPS S.A.S.

Nit: 900292617-0

CR 10 5 A 06 FLORENCIA CAQ. PBX: 4352376 - CEL: 3137538349
BARRIO AVENIDAS



Nombre Paciente: Edwin German Puentes

Identificacion

80123366

Codigo Unico Paciente:

610

Empresa:

SOCIEDAD PROMOTORA INTERNACIONAL DE
TURISMO Y TRANSPORTE SERVICIO ESPECIAL

Fecha Nacimiento:

29/07/1981

Direccion:

CR8 N15-08

Página 1 de 1

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
663	Masculino	39	Años	Sin Definir	Sin Definir	7/01/2021 07:35:08
Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	Sin Definir	A.R.L.:		Cargo: Sin Definir
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:			Estrato:	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica 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

TRABAJO ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulación de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

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

<input type="checkbox"/>	PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> Reubicar Trabajador	<input type="checkbox"/> Continúa en el Cargo
--------------------------	---	--	---

PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☒ Ergonomico ☐ Dermatología ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA, ADICIONAL PRUEBA PSICOLÓGICA, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL, GLICEMIA EN SANGRE, TRIGLICÉRIDOS, COLESTEROL TOTAL, EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS CONDUCCIÓN VEHICULAR.

DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo.. Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ADHERIRSE A LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADOS POR LA EMPRESA. DIETA SIN GRASAS, SANA Y BLANCEADA GUIADA POR NUTRICIÓN, MANEJO DE SU PATOLOGÍA DE BASE POR EPS

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(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 paraclínico(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 paraclínico(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 realizara el(los) 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.

Confirma R

[Firma]



Tue Dec 29 2020 07:18:05

7/01/2021 11:20:39

- Terrasoft

Thu Jan 7 2021 07:31:18

MARTHA LUZ ALTAMAR DE LOS REYES / RM: RETHUS 22639487
05/02/1997

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Índice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.visionamossalud.com.co Opción SERVICIOS EN LINEA, RESULTADOS