



H&S
Occupational
Health & Safety

H&S OCCUPATIONAL SAS
NIT: 900625129-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CONDUCTOR DE VEHÍCULOS
Certificado de aptitud: 73192437-6424

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 jun. 2024 - CARTAGENA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LUIS ALFREDO CASTRO RUIZ	Identificación:	73192437
Género:	MASCULINO Edad: 41	Teléfono:	Móvil: 3205406347
Fecha Nacimiento:	22/11/1982	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	PARQUE DE GALLILEA	ARL:	SURA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	SIGMEDICAL - SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION EN MEDICINA LABORAL S.A.S.	AREA:	No Reporta
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	SIGMEDICAL - SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION EN MEDICINA LABORAL S.A.S. - TRANSPORTE SEGURO Y ESPECIALIZADO		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSONOMETRICA/PSICOMOTRIZ	PRUEBA REALIZADA
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL
OPTOMETRIA	CONTINUAR CON RX OPTICA, USODE EPP, CONTROL EN 1 AÑO
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR	SIN HALLAGOS
PERFIL LIPIDICO	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR. CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA SEGURIDAD VIAL

Observaciones: DIETA RICA PROTEINA / MANTENER UN INDICE DE MASA CORPORAL ADECUADO

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

Información de Remisiones

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria excepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de H&S OCCUPATIONAL S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, resguardo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de H&S OCCUPATIONAL S.A.S. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Médico Especialista en Salud Laboral
OLGA LUCÍA PALACIOS CASSERES



Firma y cédula del Paciente
LUIS ALFREDO CASTRO RUIZ
73192437