

ASOTRANSICAL IPS

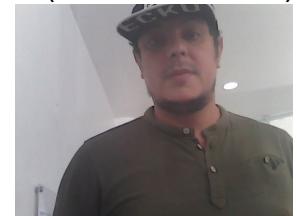
NIT: 900.465.470-9

Cel: 8900060 - 8900061

MANIZALES - CALDAS

**CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE
PERIODICO**

(Resolución 2346 de 2007)

**FECHA:** 2023-10-13 - **HORA:** 09:12:49
CIUDAD: MANIZALES - CALDAS**DATOS PERSONALES:****NOMBRES Y APELLIDOS:** CARLOS ALBERTO ARANGO ROJAS**IDENTIFICACION:** CC - 1053796182**FECHA DE NACIMIENTO:** 02-05-1984**SEXO:** M**ESTADO CIVIL:** CASADO(A)**EDAD:** 39**DIRECCION:** CRA 34 50-09 LA ISABELLA**TELEFONO:** 3236253999 -**ESCOLARIDAD:** EDUCACION SECUNDARIA**PROFESION:** CONDUCTOR**EMPRESA:** TURISMO BUSETICAS**CARGO AL QUE ASPIRA:** CONDUCTOR**CONCEPTO**

EXAMEN PERIODICO NORMAL

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO

EVALUAR POR NUTRICION EN LA EPS

OBSERVACIONES: REALIZAR ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA EN SU EPS.**MEDICO:****OBSERVACIONES:**

REALIZAR EJERCICIO REGULAR, DIETA, CONTROL DE PESO.

JUAN GUILLERMO LOPEZ RAMIREZ
MEDICO GENERAL - SALUD OCUPACIONAL
10269823
0178ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ADHERENCIA A LOS
PROTOCOLOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

TIENE ESQUEMA Y REFUERZO DE VACUNA COVID

OBSERVACIONES: EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO, SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTE
DE TRABAJO, SIN SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.**VIISIOMETRIA:**

CON CORRECCION: NO

JUAN GUILLERMO LOPEZ RAMIREZ
10269823
0178**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

De acuerdo a Resolución 2346 de 2007, modificada por la Resolución 1918 de 2009. Manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de ASOTRANSICAL IPS a cerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y/o otros como Ej. Audiometria, Tamizaje visual, Exámenes de Laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, prueba de embarazo, glucometría, cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, bilirrubinas, parcial de orina), enfermería, odontología, psicología y promoción de la salud (crecimiento y desarrollo, electrocardiograma, afinamientos) por parte del grupo asistencial de ASOTRANSICAL IPS, comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización de estos y autorizo al personal de ASOTRANSICAL IPS a que proceda con la realización. Autorizo a que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de salud ocupacional o aquellas personas según lo contempla la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en el decreto 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera y que no he ocultado información relevante para mi condición de salud.

ASOTRANSCAL IPS

NIT: 900.465.470-9

Cel: 8900060 - 8900061

MANIZALES - CALDAS



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE

PERIODICO

(Resolución 2346 de 2007)