

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 79269866-38793 INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23 dic 2022 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	JOSE ROBERTO MENDEZ ROJAS	Identificación:	79269866
Género:	MASCULINO Edad: 60	Teléfono	
Fecha Nacimiento:	09/05/1962	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CL 38 C # 47-34 ESTE	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	Área:	OPERATIVA
Móvil:	3212750903		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, CONDUCIR CON VIDRIOS ARRIBA
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, USO DE GAFAS PERMANETES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS., CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CON MEDICINA GENERAL DE LA EPS.
PSICOSENSOMETRICO	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO APROBADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE EN LA LABOR

Observaciones: IMC 34.71 OBESIDAD I

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CARDIOVASCULAR

SVE

Información de Remisiones

NO

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a PHENIX SALUD OCUPACIONAL para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a PHENIX SALUD OCUPACIONAL para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.'

MONICA FORERO MOLINA
Médico Especialista en Salud Laboral
RES. 49492013 RM 6361-94



JOSE ROBERTO MENDEZ ROJAS
Firma y cédula del Paciente

79269866