

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 80153614-53952

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	GIOVANNY ALEXANDER PINZON GONZALEZ	Identificación:	80153614
Género	MASCULINO	Teléfono	3123683232
Fecha Nacimiento:	42	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	21/03/1981	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	UNION LIBRE	ARL:	SURA
Escolaridad:	CR 116 B 77 67	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa	BACHILLERATO	AREA:	No Reporta
Empresa en Misión:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA

VISSIOMETRIA USO DE CORRECION PERMANENTE, USO GAFAS DE PROTECCION CON FILTRO AR Y UV, CONTROL EN 1 AÑO.

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.

PSICOSENSOMETRICO PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
APTO PARA CONDUCIR

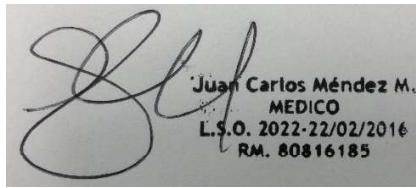
Observaciones: IMC: 34.26 OBESIDAD I

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
VISUAL	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP
NUTRICIÓN	-	PPyP
Información de Remisiones		
NUTRICIÓN	CONTROL DE PESO EPS.	

'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.'



JUAN CARLOS MENDEZ MARTINEZ

Médico Especialista en Salud Laboral

Res.2022 22/02/2016 80816185



GIOVANNY ALEXANDER PINZON GONZALEZ

80153614

Firma y cédula del Paciente