

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80240851-53950

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MIGUEL ANGEL SABALA RODRIGUEZ	Identificación:	80240851
Género:	MASCULINO Edad: 42	Teléfono	Móvil: 3127115251
Fecha Nacimiento:	27/10/1981	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	UNION LIBRE	EPS:	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.
Dirección	CL 17 6 8 ESTE	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	NO REPORTA
Empresa	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	AREA: OPERATIVA	
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
VISIOMETRIA	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. 32.49 OBESIDAD I

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
RESPIRATORIO	-	PPyP
NUTRICIÓN	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP

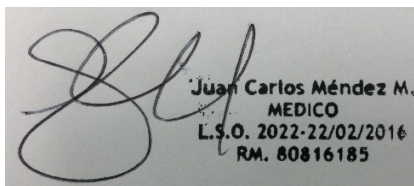
Información de Remisiones

NUTRICION	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

MIGUEL ANGEL SABALA RODRIGUEZ

80240851

Firma y cédula del Paciente

Res.2022 22/02/2016 80816185