

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	20 ago. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	OSCAR JAVIER LOZANO PEDREROS	Identificación:	80843132
Género	MASCULINO	Edad:	39
Fecha Nacimiento:	5/10/1984	Teléfono	31
Estado Civil:	CASADO(A)	Cargo:	COORDINAD
Dirección	CRA 102 # 154-30	EPS:	SANITAS S.A
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	ARL:	SURA
Empresa	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	AFP:	PORVENIR S
Empresa en Misión:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	AREA:	OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. DESCENSO LEVE BILATERAL QUE NO AFECTA SU LABOR 4. FATIGA AUDITIVA
VIOSIOMETRIA	1. VALORACION POR OPTOMETRIA PARA FORMULACION DE LENTES 2. REALIZAR PAUSAS VISUALES 3.CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

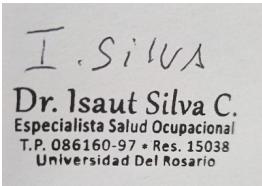
Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
VISUAL		PPyP
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.'



ISAUT SILVA CASTAÑO

Médico Especialista en Salud Laboral

Res.15038 17/04/2024
RM8616097

OSCAR JAVIER LOZANO PEDREROS

Firma y cédula del Paciente

80843132