



Nombre Paciente: Eider Niño Bayona

Empresa: PARTICULAR

Direccion: cl12 6-13

Identificacion

93402250

Codigo Unico Paciente:

22778

Fecha Nacimiento:

06/12/1976

Página 1 de 1

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
131484	Masculino	48 Años	Soltero	Tecnico	VILLANUEVA	29/03/2025 06:30:06
Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	TONAL	A.R.L.:	Cargo:	CONDUCTOR
Contrato:			Clasificacion del Riesgo:		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

<input checked="" type="checkbox"/> APTO para el Cargo
<input type="checkbox"/> No APTO para el Cargo
<input type="checkbox"/> Aplazado
<input type="checkbox"/> PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

<input type="checkbox"/> Satisfactoria			
<input type="checkbox"/> No Satisfactoria			
Valoracion por:	E.P.S.	<input type="checkbox"/>	A.R.L. <input type="checkbox"/>

Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Auditivo Visual CardioVascular Respiratorio Ergonomico Dermatologia Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: Examen Medico Ocupacional Enfasis Osteomuscular.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple requisitos para el cargo.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP. SEGUN I.M.C.: Dieta, Ejercicio Regular, Habitos de vida saludable, Se recomienda dieta baja en harinas, grasas, fritos y azucres. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Ergonomico.

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(a) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará SURMEDICA IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a SURMEDICA IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



Lady Yohana Comayn C.

Tue Mar 2025 03/25/25 06:35:21

Lady Yohana Comayn C. - C.C. 53120884 / RM: R.M 85074-12
LIC S.O. 19875/24 CC 53.120.884

29/03/2025 06:58:25

Generado por SGMI - TERRASOFT,
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Sal Mar 2025 03/25/25 06:22:36

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho