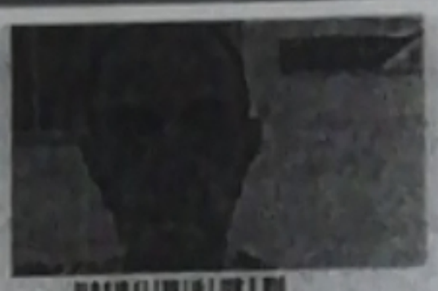


ASISTIR IPS Y HSE

NIT. 900014237-4

900014237-4

CALLE 17 Nº 27-56 - 6357082 - 3138163434-3123918667

Identificacion 19102136

Codigo Unico Paciente: 28127

mbre Paciente: Claudio William Ceballos Sighinolfi

Fecha Nacimiento: 03/01/1951

npresa: Particulares

eccion: crr21dn°22-03 p

eso Nro.	**Sexo:**	**Edad:**		**Estado Civil:**	**Nivel Educativo:**	**Ciudad:**	**Fecha Consulta**
13671	Masculino	67	Años	Divorciado(a)	Tecnologo	YOPAL	05/01/2018 14:38:39

tivo:	Ingreso	**E.P.S. Afiliado:**	SANITAS	**Cargo:**	EVALUADOR POR COMPETENCIAS
trato:				**Estrato:**	[3] - Medio Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de
PS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

ONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por.	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD ☐ Reubicar Trabajador ☐ 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

Realizaron los siguientes examenes: Examen medico ocupacional con enfasis osteomuscular.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

o: Clinicamente no Presenta Alteracion de la Salud limitante o que pueda agravarse o complicarse con la exposición laboral .

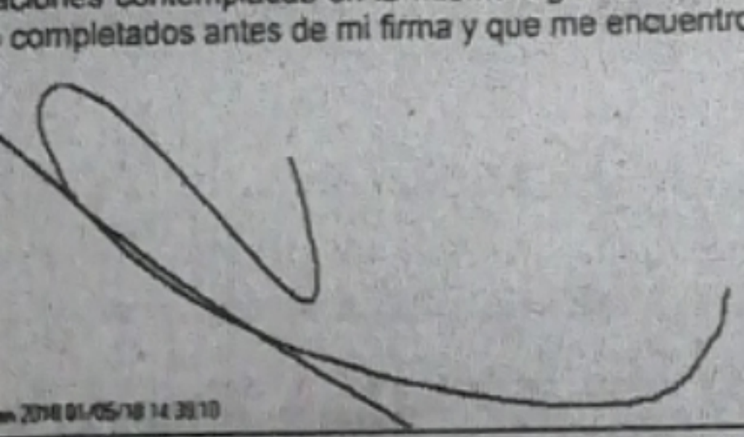
RESTRICCIONES:

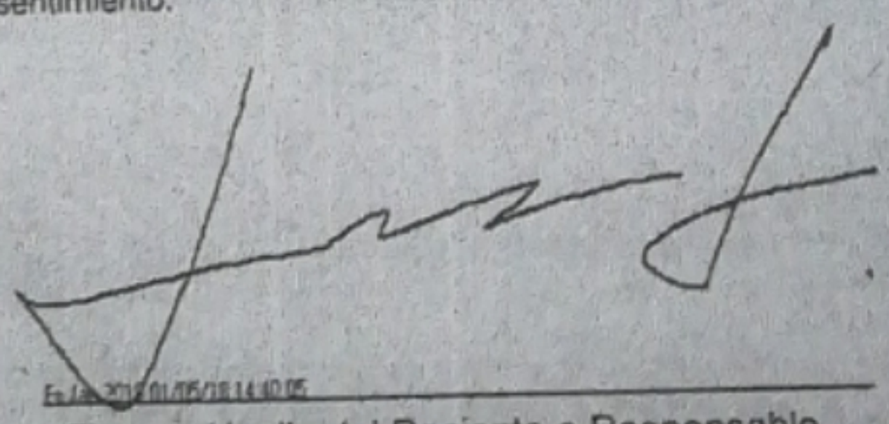
guna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

ENERALES: Higiene Postural. Alimentacion sana . Control Promoción y Prevención por EPS. PROGRAMAS DE PYP: SVE Biomecanico.

orizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) o mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de izar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes a respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier nento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara Asistir IPS & HSE. Para proteger la confidencialidad de mis ltados.Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) estan completas y son veridicas. Autorizo a Asistir IPS & HSE para que suministre a las personas o dades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las aciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.





rmando Quintero / RM: Registro Medico 383 -- Especialista en Salud Ocupacional - Res.

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

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

Medico Atendio 05/01/2018 14:38:50

EVITE FRAUDES: Verifique la Autenticidad de su certificado en: www.asistiripsyhse.com.co - Opcion Servicios en Linea