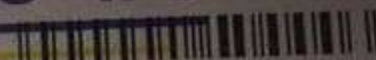




# LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS - IPS



Entidad autorizada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas con código de Habilitación No 170016580101 e inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social y con Licencia en Salud Ocupacional No 72401

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE INGRESO

(Resolución 2346 de 2007 - Ministerio de la Protección Social)

FECHA: 2020-08-11 - HORA: 01:09:03  
EMPRESA: PARTICULAR  
CIUDAD: MANIZALES - CALDAS  
TIPO EXAMEN: Ingreso

DATOS PERSONALES:  
NOMBRES Y APELLIDOS: FRANCISCO JAVIER CANO FRANCO  
IDENTIFICACION: CC - 1089746664  
FECHA DE NACIMIENTO: 1993-01-14

SEXO: M

EMPRESA: PARTICULAR  
CARGO AL QUE ASPIRA: CONSULTORIA

HACEMOS CONSTAR QUE A LA FECHA, EXAMINAMOS EL PACIENTE SUSCRITO CON EL SIGUIENTE RESULTADO: INGRESO APTO SIN RESTRICCIONES

TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO:  
NINGUNO

### RECOMENDACIONES:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION  
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS  
EVALUAR POR NUTRICION EN LA EPS  
OTROS: HIGIENE POSTURAL DIETA SANA

### OBSERVACIONES:

APTOS SIN RESTRICCIONES OBSERVACIONES: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, NO SE ENCUENTRA EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O MORBILIDAD PARA COVID-19

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a Resolución 2346 de 2007, modificado por la Resolución 1916 de 2009, Manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS IPS acerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y/o Ej. Audiometría, Trazado visual, Exámenes de Laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, glicemia, cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, bilirrubinas, parcial de orina, etc.), vacunación y otras valoraciones complementarias por parte del grupo asistencial de LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS IPS, comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización. Autorizo al personal de LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS IPS a que proceda con la realización. Autorizo a que suministre la información necesaria a mi Empresa y a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en el decreto 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera y que no he ocultado información relevante para mi condición de salud. Autorizo además el manejo de mis datos personales de acuerdo a la ley 1581 de 2012.

ANA Carolina Valencia R.  
Md. Esp. Medicina Laboral  
y Ocupacional  
Res. Md. 15913 Lic. S.O. 72307

ANA CAROLINA VALENCIA RUIZ  
SALUD OCUPACIONAL  
CC: 30232174 - SO 72307

Firma del Paciente

1.089.746.664