

**PARA REALIZACION DE PRUEBAS Y/O VALORACIONES COMPLEMENTARIAS  
NECESARIAS EN LA PRACTICA DE EXAMENES OCUPACIONALES**

**FECHA 06/05/2025**

En cumplimiento de lo estipulado en el parágrafo del artículo 10 de la resolución 2346/2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social, según el cual "para realizar las pruebas o valoraciones complementarias a las evaluaciones médicas es necesario que el trabajador previa información sobre la práctica, utilidad, necesidad y consecuencias que sobre la salud de la persona ocasiona la realización de pruebas o valoraciones complementarias, acceda de manera libre y espontánea a que se le efectúen dichos análisis, por medio de la presente firma constato que he recibido la suficiente información sobre la utilidad, necesidad y consecuencias que sobre mi salud puedan ocasionar los exámenes relacionados a continuación y que voluntaria y espontáneamente accedo a que se me practiquen por cuenta de la Empresa las siguientes pruebas:

<b>EXAMEN MEDICO</b>	SI	<b>AUDIOMETRIA</b>	NO	<b>OPTOMETRIA</b>	NO
<b>ESPIROMETRIA</b>	NO	<b>LABORATORIO CLINICO</b>	SI	<b>VALORACION PSICOLOGICANO</b>	
<b>RX COLUMNA</b>	NO	<b>RX TORAX</b>	NO	<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>	NO
<b>VISIOMETRÍA</b>	NO	<b>EXAMEN DE VOZ</b>	NO		
<b>OTROS</b>	NO				

**EXAMENES DE LABORATORIO**

HEMOCLASIFICACION FACTOR RH

En constancia firmo,



KARIME ESTEFANIA NEIRA SAMPAYO  
C.C. 1090438901

PM2-2-R Versión 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
CONSULTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
EN MODALIDAD TELEMEDICINA**



---

KARIME ESTEFANIA NEIRA SAMPAYO  
C.C. 1090438901