CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1012382060-344574

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/05/2021 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ANGIE LORENA DAVILA BARRIOS **Edad:** 29	**Identificación:**	1012382060
Género	FEMENINO	**Teléfono**	NO REPORTA **Móvil:** 3059179399
Fecha Nacimiento:	23/10/1991	**Cargo:**	QUIMICO FARMACEUTICO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CL 71 SUR 80 J 78	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PROFESIONAL	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULARES		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	2021-05-25 : REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA, SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE, VALORACIÓN Y MANEJO INTEGRAL POR EL SERVICIO DE OPTOMETRIA DE SU EPS.
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	1.PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROGRAMA IMPLEMENTADO POR LA EMPRESA 2. HIGIENE PÓSTURAL ADECUADA, 3 REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AL MENOS 4 DIAS A LA SEMANA, POR DURACION MINMA DE 30 MIN.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

Scanned by TapScanner

PAULA LILIANA FAJARDO GONZALEZ

0081 1049625388

Médico Especialista en Salud Laboral

ANGIE LORENA DAVILA BARRIOS 1012382060

Firma y cédula del Paciente

Scanned by TapScanner