CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CEMSO
Centro Especialista Medicina Salud Ocupacional S.A.S.

CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S
NIT: 900738322-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1144050091-104575

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	2/08/2021 CALI		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	MAYRA ALEJANDRA RODRIGUEZ NIÑO		**Identificación:**	1144050091	
Género	FEMENINO	**Edad:** 29	**Teléfono**	**Móvil:**	322 889 5290
Fecha Nacimiento:	8/12/1991		**Cargo:**	DISIEÑADORA DE MARKETING	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	SURA	
Dirección	CRA 38 # 9A OESTE 50		**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO	
Empresa	MAYRA ALEJANDRA RODRIGUEZ NIÑO		**Área:**	No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL CONTINUAR CON HABITOS SALUDABLES ALTERNAR POSTURAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

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 í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos 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 la IPS para realizarme los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verí-dicas. Firmo para constancia.

Johana Forero Martinez
Medico Especialista
Salud Ocupacional

JOHANA FORERO MARTINEZ 090-22 -
Médico Especialista en Salud Laboral

MAYRA ALEJANDRA RODRIGUEZ NIÑO 1144050091
Firma y cédula del Paciente

Escaneado con CamScanner