CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52635101-14861

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	05/12/2019 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARIA CONSUELO APONTE VERGARA	**Identificación:**	52635101
Género	FEMENINO **Edad:** 47	**Teléfono**	**Móvil:** 3163951588
Fecha Nacimiento:	02/11/1972	**Cargo:**	FISIOTERAPEUTA
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	MEDIMAS
Dirección	CR76#57R-96 SUR	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR - PROYECTOS OBRAS E INGENIERIA SAS		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA.. CAPACITACIÓN EN LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE DE CARGAS. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR. EVITAR POSTURAS FORZADAS SOSTENIDAS DE MIEMBROS SUPERIORES. EVITAR ACTIVIDADES RTEPETITIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
CON RECOMENDACIÓNES PARA EL CARGO.

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR MOVILICE CARGAS CON EL PESO ADECUADO PARA SU IMC Y SU CONDICION FISICA O PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS SOSTENIDAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
BIOMECANICO	LEVANTAMIENTO DE CARGAS O TRACCION DE CARGAS	Temporal

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

BIOMECANICO	PPyP

Información de Remisiones

ORTOPEDIA
NUTRICION

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 clínicos y paraclínicos 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 veridicas. Firmo para constancia

JIM R. SANCHEZ B.
Medico Cirujano

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ — 26 04/01/2019 79762200
Médico Especialista en Salud Laboral

MARIA CONSUELO APONTE VERGARA — 52635101
Firma y cedula del Paciente

Escaneado con CamScanner