PORSALUD S.A.S

Calle 145A No. 94 A - 17 PBX: 7462603 - 7462753 Bogotá Colombia
Carrera 36 No. 34 - 71 Barzal Tel (038) 6627509 Villavicencio Meta
Página web: www.porsaludips.com

estamos contigo



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 49359

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	10 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

RODRIGUEZ CASALLAS DAIHANA ANGELICA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	38 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS	CC	52986716
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NINGUNA	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMÉN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS/EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO /REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CADA 4 HORAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS/REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADA)/SE SUGIERE USAR TECLADO Y MOUSE ERGONÓMICOS / REALIZAR EJERCICIOS VISUALES PERIODICOS/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL/ EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas

Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal medico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los terminos de los consentimientos informados incluyendo (Venopuncion,HIV,PsicoActivas)...."De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar"...

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Escaneado con CamScanner

28 DÍA	10 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

RODRIGUEZ CASALLAS DAIHANA ANGELICA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	38 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS	CC	52986716
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NINGUNA	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMÉN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS/EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO /REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CADA 4 HORAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS/REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADA)/SE SUGIERE USAR TECLADO Y MOUSE ERGONÓMICOS / REALIZAR EJERCICIOS VISUALES PERIODICOS/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL/ EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas

Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal medico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leido y acepto los terminos de los consentimientos informados incluyendo (Venopuncion,HIV,PsicoActivas)...."De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar"...

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	Dra. Silena Cotes Arias Médica Esp en seguridad y salud en el trabajo C.C 49771764 Licencia 8085 de 18/09/2019	Firma:	
Nombre:	COTES ARIAS SILENA	Nombre:	RODRIGUEZ CASALLAS DAIHANA ANGELICA
R. M.:	471612000 L.S.O.: 8085 DE 18/09/2019	CC:	52986716

Ingresó el 28/10/2021 07:57:31a. m.

Impreso el 28/10/2021 a las 12:43 p.m.

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Escaneado con CamScanner

PORSALUD
estamos contigo

PORSALUD

RESULTADO DE LABORATORIO CLÍNICO

Paciente	RODRIGUEZ CASALLAS DAIHANA ANGELICA	**Fecha Reporte**	28/10/2021
Documento	CC 52986716	**Edad**	38 A 7 M 8 D.
Remitente	PORSALUD	**Sexo**	Femenino
Convenio	PARTICULAR	**No de Orden**	SU48767

QUIMICA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]			
Método ESPECTOFOTOMETRIA			
Resultado:	38.3	mg/dl	Riesgo elevado: Menor de 45 mg/dl Riesgo bajo: Mayor de 60 mg/dl
	Toma Muestra: 28/10/2021 08:09:59a. m.		**Fecha Validación:** 28/10/2021 09:30:10a. m.
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]			
Método CALCULADO			
Resultado:	151.1		
	Toma Muestra: 28/10/2021 08:09:59a. m.		**Fecha Validación:** 28/10/2021 09:30:10a. m.
COLESTEROL TOTAL			
Método ESPECTOFOTOMETRIA			
Resultado:	214.00	mg/dl	* Optimo: Hasta 200 mg/dl Moderado: 200-239 mg/dl Elevado: Mayor de 240 mg/dl
	Toma Muestra: 28/10/2021 08:09:59a. m.		**Fecha Validación:** 28/10/2021 09:09:44a. m.
TRIGLICERIDOS			
Método ESPECTOFOTOMETRIA			
Resultado:	123.00	mg/dl	* Hasta 150 mg/dl bajo 150-199 mg/dl Dudoso 200-499 mg/dl Alto Mayor de 500 mg/dl Muy alto
	Toma Muestra: 28/10/2021 08:09:59a. m.		**Fecha Validación:** 28/10/2021 09:06:10a. m.

Martha del Pilar Galeano G.
Bacteriologa
Pontificia Universidad Javeriana
CC. 51.751.429

GALEANO MARTHA DEL PILAR

BACTERIOLOGA TP 51751429

Escaneado con CamScanner

Paciente	RODRIGUEZ CASALLAS DAIHANA ANGELICA	**Fecha Reporte**	28/10/2021
Documento	CC 52986716	**Edad**	38 A 7 M 8 D.
Remitente	PORSALUD	**Sexo**	Femenino
Convenio	PARTICULAR	**No de Orden**	SU48767

Trabajamos brindando salud, calidez, y calidad en todos nuestros servicios
Sede Suba Calle 145 a No. 94 a 17. PBX 6819979

Impresion: 09:30:34a. m.

Escaneado con CamScanner