CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 12/11/2021 3.11 PM

FECHA DE EXAMEN 12/11/2021 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MYRIAN SUSANA			**Apellidos**	VALENCIA BERNAL				
Identificación	CC	31322090	**Edad**	38 Años	**Genero**	F	**Grupo sanguineo**		O -
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BOGOTA D.C			**Fecha de nacimiento**		13/09/1983	**Estrato**	3
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3166215573			
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali		**Dirección**	ALFEREZ REAL			
EPS	NUEVA E.P.S.								
ARL	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.			**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	PALMIRA
CARGO	CONTRATISTA	**SECCION O AREA**	ADMINISTRATIVA
FECHA DE INGRESO	02/2020	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo
OBSERVACIONES	AUTOCUIDADO PARA EL COVID-19

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	Hábitos de vida saludable Ejercicio aeróbico, alimentación balanceada Reporte oportuno de incidentes y accidentes de trabajo.	
SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada		
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Psicolaboral)	

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 12/11/2021 3.11 PM

Nombres y Apellidos MYRIAN SUSANA VALENCIA BERNAL **Identificación** CC 31322090

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

ROCIO CUELLAR CARDENAS
C.C 31896775 RM: 1
Firma y sello del Médico Evaluador

MYRIAN SUSANA
C.C 31322090
Firma del trabajador Evaluado