CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 30/05/2020 11.11 AM

FECHA DE EXAMEN 30/05/2020 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	EDISON			**Apellidos**	VILLANO BERMUDEZ				
Identificación	CC	94446430	**Edad**	44 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	CALI - VALLE			**Fecha de nacimiento**		09/09/1975	**Estrato**	1
Estado civil	Union libre	**Escolaridad**	Tecnico		**Teléfonos**	3104142684			
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali		**Dirección**	CALLE 3 OE 42 34			
EPS	COOSALUD E.S.S. - COOPERATIVA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL								
ARL	NO REFIERE			**Fondo de Pensiones**	COLFONDOS				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	NO REFIERE
CARGO	TECNICO ADMINISTRATIVO	**SECCION O AREA**	ADMINISTRATIVO
FECHA DE INGRESO	NO SABE	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones
OBSERVACIONES	PACIENTE QUE SE RECOMIENDA AUTOCUIDADO CON TAPABOCAS Y GUANTES Y MEDIDAS DE PREVENCION DEL COVID-19

RECOMENDACIONES

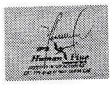
RECOMENDACIONES GENERALES	HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA SALUDABLE USO EPP PARA LABORAR Y EL COVID-19	
SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada		
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Psicolaboral)	

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 30/05/2020 11.11 AM

Nombres y Apellidos EDISON VILLANO BERMUDEZ **Identificación** CC 94446430

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.



YANDY LENG REBAZA
C.C 90012423305 RM: 1
Firma y sello del Médico Evaluador



EDISON
C.C 94446430
Firma del trabajador Evaluado

