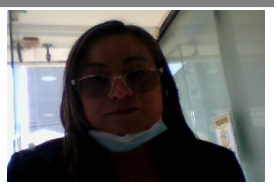
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1127652311-55172

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/01/2021 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	ANDRY YUSELY PARRA DIAZ		**Identificación:**	1127652311	
Género	FEMENINO	**Edad:** 39	**Teléfono**		**Móvil:** 3136178047
Fecha Nacimiento:	03/02/1981		**Cargo:**	COORDINADOR (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	
Dirección	CLL 154 A N 96 - 40		**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION	
Empresa	PARTICULAR				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA	ANTEOJOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIóN POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL,CORRECCION OPTICA PERMANENTE.
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: -

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

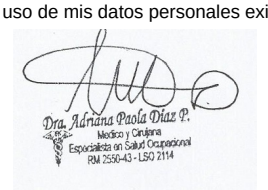
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NUTRICIÓN	
VISUAL	-

Información de Remisiones

NUTRICION

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), 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 realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen 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.



ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ	2114 255043	ANDRY YUSELY PARRA DIAZ	1127652311
Médico Especialista en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	