Falab
GRUPO INTEGRAL DE SALUD

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

PA 025452

Nº de historia 1047460236 **Motivo de consulta** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL **Fecha registro** 16/01/2019

Tipo examen

Ficha de identificación



JENIFER TATIANA SALGUEDO MONTT

Tipo Doc. CC **Nro. Documento** 1047460236 **Fec. Nac.** 26/07/1993 **Edad** 25 Años

Telefono 1 3013090342- **Telefono 2** - **Depto.** Bolivar **Ciudad** Cartagena

Correo electronico salguedo07@hotmail.com

Dirección Casa URB JARDINES DE JUNIO MZ 3 LT 7

Estado civil Soltero(a) **Escolaridad** Profesional **Estrato** Estrato 3 - Medio bajo

Descripción de escolaridad

Género FEMENINO

Hijos 0

Contrato PARTICULARES CARTAGENA

Empresa A QUIEN INTERESE **Cargo** ABOGADA

AFP PORVENIR S.A. **EPS** COOMEVA E.P.S. S.A. **ARL** SURA

Estudios realizados

EXAMEN FISICO (SO).

Concepto medico

Procedimiento	Concepto
Ingreso	Apto para el cargo

Observación

Recomendaciones

Tipo de recomendación	Recomendación
Habitos y estilos de vida	Fomento del Autocuidado Dieta balanceada Estilos de vida Saludable Ejercicio Fisico Moderado
Ocupacionales	Higiene Postural Posiciones Ergonomicas Pausas Activas Uso de EPP de acuerdo al cargo
Preventivas	Ingresar al plan de PVE Uso de correcion optica permanente

Recomendaciones especificas

INGRESAR AL PVE VISUAL
CONTINUAR CONTROL POR OPTOMETRIA POR EPS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara el Laboratorio Clinico Falab S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) estan completas y veridicas. Autorizo a Laboratorio Clinico Falab S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registradas en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que de todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dra. Camila Marquez D.
Medico Esp. Salud Ocupacional
Licencia 1174

Dr(a). CAMILA ISABEL MARQUEZ
R.M. Nro. 1174
M.D. SALUD OCUPACIONAL

Paciente JENIFER SALGUEDO MONTT
Identificación: 1047460236

Scanned with CamScanner