# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Grupo Ocupacional

salud integral empresarial

GRUPO OCUPACIONAL LTDA
NIT 900139947-2
L.S.O. 12534/2017



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1019068862-91820

## INFORMACION GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 04/07/2018 BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | ESTEFANY LORENA ROMO MUÑOZ | **Identificación:** | 1019068862 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 26 | **Teléfono** | **Móvil:** 3133574950 |
| **Fecha Nacimiento:** | 22/02/1992 | **Cargo:** | CONTRATISTA |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| **Dirección** | CLL 41 NO 08 - 72 | **Escolaridad:** | ESPECIALIZACION |
| **Empresa** | PARTICULAR | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN MANOS, DESCANZO VISUAL, SE SUGIERE APOYO DE MUÑECAS PARA USO DE TECLADO Y MOUSE, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones: USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

'Consentimiento Informado:
Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.
Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.
Certifico que la información dada por mi en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

Custodia de las Historias clínicas:
GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.'

DRA. YUDI MORALES FRAILE
MEDICO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
RES. 2379-16

YUDI MORALES FRAILE 2379-16 52817479
Medico Especialista en Salud Laboral

ESTEFANY LORENA ROMO MUÑOZ 1019068862
Firma y cédula del Paciente



Scanned by CamScanner