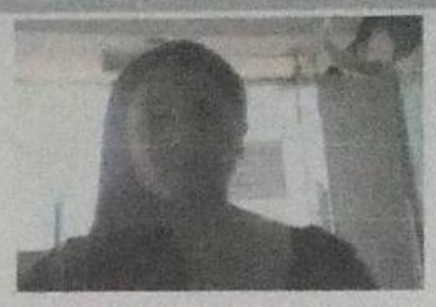
# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 1015394003-63023**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 22/10/2021 BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | LORENA JASBLEIDY MOLINA ALARCON | **Identificación:** | 1015394003 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 35 | **Teléfono** | **Móvil:** 3177568004 |
| **Fecha Nacimiento:** | 19/03/1986 | **Cargo:** | DOCENTE |
| **Estado Civil:** | CASADO(A) | **EPS:** | MEDIMAS EPS |
| **Dirección** | CRA 105 A N 72 - 15 | **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO |
| **Empresa** | PARTICULAR | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **AUDIOMETRIA** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. NO USO DE AUDIFONOS, 5. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL |
| **OPTOMETRIA** | ANTEOJOS PERMANENTES CON FILTROS DE PROTECCIóN PARA LUZ AZUL, 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. |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**APTO CON RECOMENDACION**

Observaciones: DIETA, EJERCICIO, NUTRICION. FOTMULACION DE LENTES POR OPTOMETRIA PARA VER DE LEJOS EN EPS MEDIMAX-

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

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

| | |
|---|---|
| RESPIRATORIO | - |
| NUTRICIÓN | - |

## Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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 asi lo requiriera , además recibi 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.

Dr. Anselmo Moreno Arias
Medico Cirujano
Salud Ocupacional
RM. MD. 19962 607/ 12065
U.N.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ANSELMO MORENO ARIAS | LSO 12065-09/2015 | LORENA JASBLEIDY MOLINA ALARCON | 1015394003 |
| Médico Especialista en Salud Laboral | | Firma y cédula del Paciente | |



Scanned by TapScanner