Intersalud Ocupacional

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: Avenida 7 Norte # 23 N – 27
Teléfono: 6673252
Web: https://intersaludocupacional.com/
Email: comercial@intersaludocupacional.com

FECHA DE EXAMEN 2021-08-17
TIPO DE EXAMEN INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ESTEFANIA CABEZAS RESTREPO		Identificación CC	Nro 1088016659	
Fecha de Nacimiento	1993-12-18	**Edad**	27	**Sexo**	F
Empresa	FUNDACION COLEGIO HISPANOAMERICANO				
Cargo	docente de fútbol				
Profesión					
Origen			**Fecha Ingreso**	2021-08-17 15:09:43	
			Fecha Salida	2021-08-17 15:18:35	

CONCEPTO Condiciones de Salud con los requerimientos del perfil del cargo

CONCEPTO ESPECIFICO OSTEOMUSCULAR
OSTEOMUSCULAR — CLASIFICACIÓN PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: NO CASO

RECOMENDACIONES GENERALES
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA
CONTROL DE PESO Y NUTRICION

OCUPACIONALES
PAUTAS ERGONOMICAS
PAUSAS ACTIVAS
RECOMENDACIONES ADICIONALES — PUEDE LABORAR DE MANERA PRESENCIAL CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA COVID-19.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
INGRESO PVE - ERGONOMICO
INGRESO PVE - VISUAL

RESTRICCIONES

PRESENTA RESTRICCION — NO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. **Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que recibiré notificación a mi correo@ para la consulta de los resultados de los exámenes de laboratorio y paraclínico realizados y que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Catherine Olaya

CATHERINE OLAYA ALVAREZ
RM: R.M 76-5985, L.O - 1730-9 OCT 2015
Firma y sello del médico siplasdor

ESTEFANIA CABEZAS RESTREPO
CC 1088016659
Firma del trabajador siplasdo

O.K.

Escaneado con CamScanner