
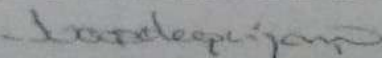
		F005 - CMO		ESALUD OCUPTACIONAL S.A.S. Especialistas en Salud Ocupacional Nit No. 900.392.930-0 Resolución No. 9037 de 01/06/2021 CONCEPTO MÉDICO OCUPTACIONAL		 Fecha de Formato: 08/06/2021		
		Departamento:						
		Dirección Médica						
		Version 12						
Fecha	18/03/2022	Hora inicio consulta	07:00:00	Hora de salida de Consulta	08:00:00			
I- IDENTIFICACIÓN								
1. Apellido		2. Apellido		Nombres		CC	1.014.275.580	
DIAZ		GARZON		YERALDIN ADRIANA		Edad (años)	25	
Género	F	Fecha de nacimiento	26/03/1996	Lugar de nacimiento	BOGOTA	Departamento	CUNDINAMARCA	
Escolaridad	TECNICO	Estado Civil	UNION LIBRE	Dirección Vivienda	CLL 83 N 91 35			
Barrío	BOSA		Estrato	2	Ciudad	BOGOTA D.C		
Teléfono	NR	Celular	3045289462	Empresa	ORGANIZACION LADMEDIS SAS			
Dependencia	OPERATIVO ASISTENCIAL			Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA DOMICILIARIA			
Fecha de ingreso a la empresa	NUEVO		Antigüedad en la empresa	NUEVO	Tiempo en el cargo	NUEVO		
EPS	CAPITAL SALUD	ARL	SURA	AFF	NR	Tipo de examen	INGRESO	
Viene acompañado	NO	Nombre			Parentesco		Teléfono	
En caso de Emergencia avisar a		Nombre	MARIA VICTORIA AGUIRRE		Parentesco	SUEGRA	Teléfono	
EXAMENES, PARA CLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS		Examen Médico Ocupacional con Enfoque Osteomuscular	X	Audiometría		Optometría		
		Valoración Vestibular		Otro				
		Laboratorios	TRIGLICERIDOS GLUCEMIA COLESTEROL TOTAL SEROLOGIA II					
OTROS								
II- CONCEPTO								
TIPO DE EXAMEN	INGRESO		APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología pero puede laborar normalmente).					
Enfermedad general	SI	Enfermedad Profesional	NO	Secuelas o Accidente de Trabajo	NO			
Requiere de exámenes complementarios	NO	Cuales?						
III- RECOMENDACIONES								
BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS USO PERMANENTE DE EPP DIETA HIPOGRASA EJERCICIO REDUCTOR DE PESO CITA POR NUTRICION CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA INCLUIR EN EL SIVE CV Y VISUAL. ABANDONAR CONSUMO DE CIGARRILLO. CONTROL PERIODICO POR MEDICINA OCUPACIONAL.								
IV - RESTRICCIONES								
NINGUNA								
Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:						Hora de Salida de Consulta 08:00:00		
 Dr. Juan Carlos Pérez Leguizamo Médico Esp. Salud Ocupacional Lic. No. 3438 / 2017				Adriana Diaz 1014275580				