SALUD OCUPACIONAL

Nit 812004659-7

CERTIFICADO OCUPACIONAL



CERTIFICADO DE DE APTITUD - INFORME SALUD OCUPACIONAL

FECHA : **14/10/2021** EMPRESA: **HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA**

NOMBRE: **PAULA ANDREA OROZCO SANCHEZ** CEDULA : **1,012,400,541**

EDAD: **28 AÑOS**

TIPO DE EXAMEN:

INGRESO	**X**	**ENFASIS OSTEO-MUSCULAR**	**X**	RETIRO		**ENFASIS CARDIO-RESPIRATORIO**	**X**	TEST DE ALTURAS		**ENFASIS EN PIEL**	**X**	REINGRESO	

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CARGO ACTUAL / CARGO AL QUE ASPIRA: **MÉDICA GENERAL**

APTO	**X**	PERIODICO CON RECOMENDACIONES		APTO CON RESTRICCION	
APTC PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		APLAZADO	
PERIODICO NORMAL		PERIODICO CON REMISION A EPS		PERIODICO CON REMISION ARL	
RETIRO NORMAL		RETIRO CON REMISION EPS		RETIRO CON REMISION ARL	

VISIOMETRIA NORMAL X ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ___ NO X REMISION A EPS SI ___ NO X

SOSPECHA DE SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO SI ___ NO X ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO SI ___ NO X

7

SE CERTIFICA QUE AL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRIA X OPTOMETRIA X VISIOMETRIA X ESPIROMETRIA ___ PSICOMETRICO ___

LABORATORIOS X COLESTREOL X TRIGLICERIDOS X GLICEMIA X VDRL x KOH ___

HEMOGRAMA X CREATININA X ESQUEMA DE VACUNACION X COMPLETA X ___ X

CARNET DE VACUNACIO VIGENTE X TEST OSTEOMUSCULAR X ___

OBSERVACIONES: ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETA PARA OCUPAR EL CARGO DE MÉDICA GENERAL, SEGÚN PROFESIOGRAMA DE SANIDAD DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA, CONTROL ANUAL OCUPACIONAL, USO DE TAPABOCAS Y EPP Y DE BIOSEGURIDAD, SEGUIR LOS PROTÓCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA (LAVADO DE MANOS, APLICACION DE GEL ANTIBACTERIAL ENTRE OTRAS). SI PRESENTA FIEBRE, PERDIDA DEL OLFATO, PERDIDA DEL GUSTO, DOLOR MUSCULAR Y HUESOS, DOLOR DE GARGANTA, TOS EXPECTORACCIÓN, NAUCEAS, VOMITO, DIARREA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DEBE INFORMAR A SU EPS, CONSULTAR AL MEDICO O DIRIGIRSE A LA UNIDAD DE URGENCIAS MAS CERCANA.

YO **PAULA ANDREA OROZCO SANCHEZ**

autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicé de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes citados en este documento . Afirmo que comprendo, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen a partir de la información recibida por el profesional que firma este documento. Certifico que la información que suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que servi elmec Salud ocupacional de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a la persona o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

C.C No. 1,012,400,541 **FIRMA** ___

NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

Dra. Adriana P. Diaz Perez
Medica Cirujana
Especialista en salud Ocupacional
R.M 2550-13 L.S.O 2414

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE A LA FECHA. EL CONTENIDO DE LA HITORIA ES PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION DE SALUD 2346 DEL M.S. , RESOLUCION 1918 DEL 2009 , DECRETO 2174 DEL 1996 Y LA LEY 80/89 DEL M.S.