



Certificado Médico
 Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR



| | | | | | |
|----------------------|----------------------------------|----------------|-------------|--------|---|
| NO. CERTIFICADO | 1.046.771 | | | | |
| CIUDAD | BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S | | | | |
| FECHA | 21/09/2022 | TIPO DE EXAMEN | PRE-INGRESO | | |
| NO. DOCUMENTO | CC. 1.090.425.285 | EDAD | 32 | GENERO | F |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | CARDENAS ANTOLINEZ ANDREA ZAMIRA | | | | |
| TIPO DE CARGO | ADMINISTRATIVO | CARGO U OFICIO | ASESORA | | |

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| CONCEPTO DE APTITUD | OTROS CONCEPTOS |
| Sin restricciones para el cargo | NA |

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo CARDENAS ANTOLINEZ ANDREA ZAMIRA identificado con CC No. 1.090.425.285. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



Dra. Diana Latorre L.
 Especialista en Salud Ocupacional
 Universidad El Bosque
 C.C. 20.957.985 Res. 25-5569

Aspirante o trabajador



DRA DIANA LA TORRE LSO 25-5569

CC. 1.090.425.285

SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA
 www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com