

	Certificado Médico		
	Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
PARTICULAR			

NO. CERTIFICADO	1.005.040				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	21/07/2022	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 39.673.364	EDAD	46	GENERO	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	BEJARANO VASQUEZ IRENE				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	CARGO U OFICIO	PSICOLOGA		

EXAMENES REALIZADOS	
ENFASIS CARDIOVASCULAR - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA	
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 - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

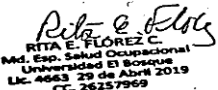

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA CERCA - LECTURA PROLONGADA - CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - CONTROL 6 MESES - PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo BEJARANO VASQUEZ IRENE identificado con CC No. 39.673.364. 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. RITA ESTHER FLOREZ CASTILLO - LSO 4663 DEL 29/04/2019	Aspirante o trabajador  CC. 39.673.364
SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com	