Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-019776

EMPRESA

Empresa contratante: Particulares
NI : 000000000
Dirección: c
Teléfono celular: 3209522184
Otros teléfonos: 8



DATOS GENERALES

Nombre: KARINA PERDOMO SILVA
Documento: CC : 1144034588
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA
Dirección: CARRERA 15 23A 41 SUR
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-019776
Edad: 32 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3152113510
Fecha de atención: 2022/12/22
Fecha de impresión: 2022/12/22 07:12:41 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- USO DE EPPS, ENFASIS EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS, USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORES

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN SU TIEMPO LIBRE
- SEGUIMIENTO POR OPTROMETRÍA POR EPS
- USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA
- USO DE LENTES PARA ACTIVIDADES EN VIDEOTERMINALES
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS DIARIAMENTE

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ADECUADO PARA EL CARGO
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **KARINA PERDOMO SILVA**, identificado con **CC 1144034588**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que me realicen el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

JUAN SEBASTIAN CORTES MENDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Tarjeta prof. # LP 331 DE 2022

Código de verificación

Firma del trabajador:

KARINA PERDOMO SILVA
CC: 1144034588