

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirección: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
 Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604
 Web: www.labintox.com
 Email: labintox@hotmail.com

FECHA DE EXAMEN
TIPO DE EXAMEN

2022-01-28
 PREINGRESO CON VALORACION OSTEOMUSCULAR

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos PAOLA ANDREA BROCHERO MONTERO **Identificación CC** Nro 63547250
Fecha de Nacimiento 1984-02-02 **Edad** 38 **Sexo** F
Empresa PARTICULAR
Cargo CONTRATISTA

Fecha Ingreso 2022-01-28 12:20:56
Fecha Salida 2022-01-28 12:58:04

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO	APTO
OBSERVACIONES	Cumplimiento de normas de ergonomía, seguridad y uso correcto de sus elementos de protección personal al ser necesarios. Se realizó EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR. APTO PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS: SI
 Pausas activas, hábitos de vida sana, ejercicio aeróbico 150 minutos semanales, uso de lentes de protección al trabajar con el computador, capacitación según plan de trabajo del SGSST, acatar las normas de bioseguridad emitidas actualmente por ministerio de salud pandemia actual.

CONTROLES

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
 Certifico que las respuestas dadas por mí, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda coherción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fui informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

Dr. Juan Carlos Gómez D.
 R.M. No. 79 471.633
 Médico Especialista SST
 LIC. SST. 11401-J-2018

Paola Andrea Brochero Montero

JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA

R.M. RES. 11401 de 01/10/2018

Firma y sello del médico especialista

PAOLA ANDREA BROCHERO MONTERO

CC 63547250

Firma del trabajador signado