



Fisiokine IPS

Procedimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo
FISIOKINE IPS SAS

NIT: 900962226-7

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1032424985-119585

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	23/02/2023 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	QUINBERLIN PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ	Identificación:	1032424985
Género:	FEMENINO	Edad:	34
Fecha Nacimiento:	19/11/1988	Teléfono	Móvil: 3124224070
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Cargo:	JEFE DE ENFERMERIA
Dirección	CRA 63 # 4 D - 68	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad:	PROFESIONAL	ARL:	
Empresa	PARTICULARES	AFP:	PORVENIR S.A.

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

**EXAMEN MEDICO CON ENFASIS
OSTEOMUSCULAR**

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL/HABITOS DE VIDA SALUDABLE ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y ALIMENTACION EQUILIBRADA/

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO	Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPYP)	
NO		
NO	Información de Remisiones	

OBSERVACIÓN

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR EL CORONAVIRUS:

La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patología o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la circular No 30 de 2020, del ministerio de salud y protección social "cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el certificado médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta valoración no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún sintoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del programa de bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como ministerio de trabajo y seguridad social.

Es de vital importancia para protegernos del coronavirus:

- Usar tapabocas permanentemente
- Evitar tocarse la cara después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas
- Limpiar constantemente las superficies con las que tenemos contacto
- Mantener una distancia NO inferior a 1 metro y medio
- No saludar de beso ni de la mano evite el contacto físico
- Descargue el aplicativo CORONAPP-COLOMBIA para recibir información personalizada.
- Si tiene los siguientes síntomas : fiebre, tos, dificultad para respirar, dolor para tragar notifique a su empleador y a su EPS. Es ideal que se aísle preventivamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las Evaluaciones Médicas Ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudarán a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visionometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes. Certifico que he suministrado información clara, completa y veraz sobre mi estado de salud.

Firmado:



DR. EDGAR O. MARTÍNEZ F., MD.



EDGAR ORLANDO MARTÍNEZ FORERO

Médico Especialista en Salud Laboral

QUIMBERLIN PAOLA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1032424985

Firma y cédula del Paciente