

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PROFESIONALES DE LA
SALUD VILLA MAYOR
CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT: 900708180-2

EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1012346906-38634

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	05/11/2021 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MONICA MONGUI GONZALEZ	Identificación:	1012346906
Género:	FEMENINO Edad: 33	Teléfono:	0 Móvil: 3144528791
Fecha Nacimiento:	12/11/1988	Cargo:	EMFERMERA JEFE DE SALUD PUBLICA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SURA
Dirección:	CALLE 70 A # 77 L 51 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	AFP:	NO REPORTA
Empresa:	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES Y CARDIOVASCULARES.
PACIENTE NIEGA SINTOMAS RECIENTES RELACIONADOS CON INFECCION POR COVID 19 Y NIEGA NOCION DE CONTAGIO. CIRCULAR 030/2020 MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SIN APARENTE PRESENCIA DE FACTORES DE COMORBILIDAD ASOCIADOS. CUMPLIR CON LAS RECOMENDACIONES CONTRA EL COVID-19: USO TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE LAS MANOS, USO PERMNETE Y OBLIGATORIO DE TAPABOCAS, MANTENGA DISTANCIA SOCIAL DE 2 MTS.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NUTRICION

NUTRICION

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.



[Signature]

[Signature]

JIM R. SANCHEZ B.
Médico Cirujano
R.M.79 762 200 - S.S.B
L.S.O. 26 04/01/2019

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

26 04/01/2019 79762200

MONICA MONGUI GONZALEZ
Firma y cédula del Paciente

CRC PROFESIONALES DE LA
SALUD VILLA MAYOR SAS

Nit. 900.708.180 - 2
Transv. 35 # 32B - 36 Sur
Tels. 713 86 36 - 561 43 85

TV. 35 (AUTOPISTA SUR) # 32 B - 36 SUR. TELS: 5608911 -5614385 - 3102128359 E-Mail: gerencia@crcocupacional.com Bogotá D.C. - Colombia

Impreso por Software SIMEDI Salud Laboral - www.sisaltda.com

reso: 05/11/2021- 10:06:04 a.m. - Página 1 de 1 - Certificado:1012346906 - 38634

[Signature]

NOVIEMBRE 08 DE 2021

RIESGO 3

Escaneado con CamScanner

Powered by CS CamScanner