ALVARO ESTUPIÑAN MEJIA

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
T.P. 01.12196.90 Minsalud Lic. S.O. 341 de 2009
CRA 15 No. 14 58 Cons. 408 Edif Plaza Tel: 3143761247

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

IDENTIFICACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Nombre: MONICA CLAUDIA CORREDOR MENDOZA **Identificación:**CC 46663391 **Edad** 50 **años:**
Fecha de Nacimiento: 23/11/1967 **Estado Civil:**Casado (a) **Escolaridad:**POSGRADO **Profesion:** ADMINISTRADORA
Domicilio: CALLE 18 N. 15-40 **Ciudad:** DUITAMA **Teléfonos:** 3123250836 **Genero:** F
Tipo Examen: INGRESO **Fecha de Certificación:** 17/01/2018
EPS: E.P.S. SANITAS S.A. **ARL:** COLMENA
Cargo Actual: **Cargo al que Aspira:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Empresa: SUPER-NOTARIADO Y REGISTRO

EXAMENES PARACLINICOS O PROCEDIMIENTOS

OPTOMETRIA	N.S.R.
AUDIOMETRIA	N.S.R.
ESPIROMETRIA	N.S.R.
EKG	N.S.R.
PSICOLOGICO OCUP.:	N.S.R.
LABORATORIO CLINICO:	NSR.-

HALLAZGOS DE INTERES OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los resultados de Paraclínicos y Evolución Médica del paciente fueron consignados en la Historia Clínica Ocupacional del Paciente, que se encuentra en los archivos de la IPS.

TRABAJOS ESPECIALES:
ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR: SI

CONCEPTO DE INGRESO : APTO SIN RESTRICCIONES
VALORACION POR: EPS: SI **ARL:**

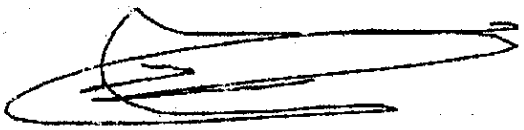
RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

RESTRICCIONES:

RECOMENDACIONES: Controles Médicos Periódicos, Uso de EPP, Seguir normas de seguridad y Salud en el trabajo, Dieta Estricta, Ejercicio Regular, Control Nutricional, Higiene Postural y de Columna. Pausas activas. Hábitos de Vida Saludable.

ESQUEMA DE VACUNACIÒN EMPRESARIAL SEGÙN S.S.T.- INCLUIR EN SVE. HABITOS DE VIDA SALUDABLES, VISUAL, AUDITIVO. OSTEOMUSCULAR O BIOMECANICOS

Autorizo al Doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento.El Doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósitos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacional(es) a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas entendiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran los exámenes. Fui informado de las medidas que tomará esta IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en estos exámenes están completas y son verídicas. Autorizo a esta IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



Monica C Corredor M

ALVARO ESTUPIÑAN MEJIA
T.P. 01.12196.90 Minsalud Lic. S.O. 341 de 2009

Firma Paciente CC 46663391