



PORSALUD S.A.S

Calle 145A No. 94 A - 17 PBX: 7462603 - 7462753 Bogotá Colombia
Carrera 36 No. 34 - 71 Barzal Tel (038) 6627509 Villavicencio Meta
Página web: www.porsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28065

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26	06	2020	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
VERGARA VERGARA NOHEMI				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	57 AÑOS 10 MESES 30 DÍAS	CC	40020234
Cargo						Tipo	Número
AUXILIAR DE ENFERMERIA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APT O							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
N/A							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NINGUNA	NINGUNA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES				USO DE EPP		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				SVE VISUAL		ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES	
						ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS	
						CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA FORMULACIÓN DE CORRECCIÓN VISUAL.							
VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA.							
<p>Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verdícas</p> <p>Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p> <p>Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal medico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los terminos de los consentimientos informados incluyendo (Venopuncion,HIV,PsicoActivas)...De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar"...</p>							

Ingresó el 26/06/2020 11:33:15a m

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26	06	2020	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
VERGARA VERGARA NOHEMI				Genero	Edad	Documento de identificación	
FEMENINO				57 AÑOS 10 MESES 30 DÍAS	CC	40020234	
Apellidos y Nombres				Tipo	Número		
CARGO							
AUXILIAR DE ENFERMERIA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
Observaciones: NO APLICA							
APTO							
NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
N/A							
RESTRICCIONES LABORALES				RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NINGUNA			
TIPO				NINGUNA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL		ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES			
				ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS			
				CONTROL DE PESO			
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
				HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
				HÁBITOS SALUDABLES			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA FORMULACIÓN DE CORRECCIÓN VISUAL.							
VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA.							
<p>Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas</p> <p>Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p> <p>Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal médico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los términos de los consentimientos informados incluyendo (Venopunción, HIV, PsicoActivas)... "De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar"</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: BOLIVAR HERNANDEZ ALEJANDRO				Nombre: VERGARA VERGARA NOHEMI			
R. M.: 3699-11 L.S.O.: 7317				CC: 40020234			

