

SURMEDICA IPS

Nit. 900.222.743-1
CR 12 N 9 - 25 - VILLANUEVA-CAS, CEL: 3202315413
BARRIO CENTRO - e-mail:surmedicaips@gmail.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Naidu Lorena Garcia Salgado	1005341057	34908
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	31/12/2000
Direccion:	cll 7 11-05		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
96464	Femenino	22	Años	Soltero	Profesional Universitari	VILLANUEVA	07/03/2023 14:51:23

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**		**Cargo:**	CONTRATISTA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**				**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: Examen Medico Ocupacional Enfasis Osteomuscular.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple requisitos para el cargo.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Ergonomico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará SURMEDICA IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a SURMEDICA 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 Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma 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.

S.M C.R.C SURMEDICA I.P.S. ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES
NIT: 900.222.743 - 1
CONSULTA MEDICA GENERAL
SALUD OCUPACIONAL

Tue Feb 2023 02/21/23 07:10:24
Fahudis Morales - C.C. 6393671 / RM: R.M 76-6245-12, LIC SO 04502/12 CC 6393671

07/03/2023 14:54:55
Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Tue Mar 2023 03/07/23 14:37:37
Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho