CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 09/11/2020 9.04 AM

FECHA DE EXAMEN 09/11/2020 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	JULIAN ANDRES		**Apellidos**	MASMELA HERRERA			
Identificación	CC 1107046512	**Edad**	33 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**	A +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	CALI		**Fecha de nacimiento**	12/11/1987	**Estrato**	3
Estado civil	Union libre	**Escolaridad**	Tecnico	**Teléfonos**	3023072685		
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali	**Dirección**	LA NUEVA BASE		
EPS	COOMEVA E.P.S. S.A.						
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	**Fondo de Pensiones**		COLPENSIONES			

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	NO REFIERE
CARGO	SECRETARIA DE DEPORTE	**SECCION O AREA**	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones
OBSERVACIONES	PRESENTA UNA CONDICION DE SALUD DE RIESGO PÁRA COMPLICACIONES FRENTE A UNA EVENTUAL INFECCION POR COVID -19, POR LO TANTO, SE RECOMIENDA TENER EN CUENTA LAS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS DADAS EN LA RESOLUCION 666DE 2020 Y LA CIRCULAR EXTERNA 030 DE MAYO DE 2020

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	HABITOS DE VIDA SALUDABLES USO DE EPP QUE EL CARGO REQUIERE PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL CONTROL ANUAL CO OPTOEMTRIA DE SU EPS COTNROL DE PATOOGIA DE BASE EN SU EPS AUTOCUIDADO CUMPLIR CON LAS RECOMEDANCIONES DE PROTECCION OBLIGATORIA COMO USO DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, SE DAN INSTRUCCIONES DE LAVADO DE MANOS Y RECOMENDACIONES ANTES DE SALIR DE CASA, AL LLEGAR A CASA Y LAVADO DE MANOS

SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 09/11/2020 9:04 AM

Nombres y Apellidos JULIAN ANDRES MASMELA HERRERA **Identificación** CC 1107046512

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones
OBSERVACIONES	PRESENTA UNA CONDICION DE SALUD DE RIESGO PÁRA COMPLICACIONES FRENTE A UNA EVENTUAL INFECCION POR COVID -19, POR LO TANTO, SE RECOMIENDA TENER EN CUENTA LAS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS DADAS EN LA RESOLUCION 666DE 2020 Y LA CIRCULAR EXTERNA 030 DE MAYO DE 2020

RECOMENDACIONES GENERALES	HABITOS DE VIDA SALUDABLES USO DE EPP QUE EL CARGO REQUIERE PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL CONTROL ANUAL CO OPTOEMTRIA DE SU EPS COTNROL DE PATOOGIA DE BASE EN SU EPS AUTOCUIDADO CUMPLIR CON LAS RECOMEDANCIONES DE PROTECCION OBLIGATORIA COMO USO DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, SE DAN INSTRUCCIONES DE LAVADO DE MANOS Y RECOMENDACIONES ANTES DE SALIR DE CASA, AL LLEGAR A CASA Y LAVADO DE MANOS	
Dieta balanceada	Uso de corrección óptica	

INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Biológico)	SVE (Psicolaboral)
SVE (Visual)		

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Ra. Marcela Valencia C
Universidad Libre
Md Laboral y S.O
Rm 05320.08.16 S...

MARCELA VALENCIA CASTRILLON
C.C 29361412 RM: 05320.08.16
Firma y sello del Médico Evaluador

JULIAN ANDRES
C.C 1107046512
Firma del trabajador Evaluado

Escaneado con CamScanner