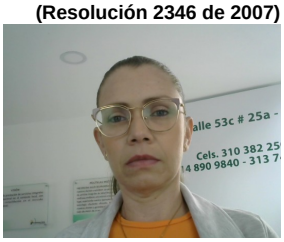
PREVENCION OCUPACIONAL SAS

NIT: 900549181-7
Cel: 3148909840
MANIZALES

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE INGRESO

(Resolución 2346 de 2007)



FECHA: 2023-02-03 - **HORA:** 08:02:21
CIUDAD: CHINCHINA - CALDAS

DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MILENA GONZALEZ CARDONA		
IDENTIFICACION:	CC - 30359378		
FECHA DE NACIMIENTO:	17-01-1981	**SEXO:**	F
ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)	**EDAD:**	42
DIRECCION:	cra 10 n0 5 -11 barrio centenario	**TELEFONO:**	8502918 - 3137388269
ESCOLARIDAD:	EDUCACION UNIVERSITARIA	**PROFESION:**	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EMPRESA: INDEPENDIENTE
CARGO AL QUE ASPIRA: CONTRATISTA

CONCEPTO
** SIN RESTRICCIONES ** CON CONDICIONES ** CON RECOMENDACIONES ** EXAMEN CON ENFASIS OSTEMUSCULAR NORMAL

MEDICO:
REPORTES: - REFIERE TENER 3 DOSIS VACUNA COVID 19 .

- REPORTE DE LABORATORIOS: GLICEMIA Y PERFIL LIPIDICO NORMALES

- EXAMEN MEDICO ENFASIS PSICOSOCIAL: PACIENTE QUIEN NO PRESENTA ALTERACIONES EN SU ESFERA MENTAL NI SOCIAL PARA DESEMPEÑARSE EN EL AMBITO LABORAL

-EXAMEN MEDICO ENFASIS CARDIOVASCULAR: ANORMAL, DEBE CONTINUAR SEGUIMIENTO EN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS.
CONDICIONES: VISUAL DEBE LABORAR CON CORRECION Y ASISTIR ANUALMENTE AL OPTOMETRA DE LA EPS

RECOMENDACIONES:
PREVENTIVAS: -EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
-CONTINUAR SEGUIMIENTO EN EPS DE ENFERMEDAD DE ORIGEN COMUN / PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Johana Marcela Torres R.

JOHANA MARCELA TORRES RIOS
SALUD OCUPACIONAL
24344327
RM: 16508 LSO:72882

VISIOMETRIA:
ANORMAL

Johana Marcela Torres R.

JOHANA MARCELA TORRES RIOS
24344327
RM: 16508 LSO:72882

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO A LAS POLITICASDE PROTECCION DE DATOS DE PREVENCION OCUPACIONAL SAS

En cumplimiento del Articulo 34 de la Ley 23 de 1981, Articulo 33 del Decreto 1543 de 1997, la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1918 del 2009, Articulo 16 de la Resolución 2346 del 2007, Articulo 10 de la Resolución 1016 de 1989, Ley estatutaria 1581 de 2012 autorizo al área de salud ocupacional de la empresa contratante la cual me envía a realizar este examen médico ocupacional a tener acceso a mi historia clínica ocupacional y en general los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que lleguen a ser realizados y registrados en la IPS PREVENCION OCUPACIONAL SAS, esto con el fin de desarrollar las distintas actividades que se encuentran dentro del marco de los sistemas de vigilancia epidemiológica que las empresas deben desarrollar de acuerdo a la normatividad mencionada. De igual manera autorizo el registro fotográfico o fílmico, huella y firma que se registran en mi historia clínica y certificado de aptitud puedan ser entregados al convocante a este (os) examen (es) y autorizo también el reporte de ellos sean enviados a mi correo electrónico cuando así lo solicite, manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de PREVENCION OCUPACIONAL SAS a cerca de los exámenes que

Sandra Milena Gonzalez

me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y otros como Ej. audiometría, electrocardiograma, espirometría, Tamizaje visual, y/o Exámenes de laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, prueba de embarazo, glucometría, cuadro hemático, transaminasas o cualquier muestra solicitada por el empleador) comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización de estos y autorizo al personal de PREVENCION OCUPACIONAL SAS a que proceda con la realización. Autorizo a que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de salud ocupacional o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera. Por medio de mi firma y / o huella también me adhiero y acepto la política protección de datos de PREVENCION OCUPACIONAL SAS. Por medio de mi firma y / o huella también me adhiero y acepto la política protección de datos de PREVENCION OCUPACIONAL SAS y doy mi consentimiento para la atención en PANDEMIA COVID 19, documentos los cuales me informaron están en la página web http://www.prevencionocupacional.com.co		