

CREADSALUD BOYACA S.A.S.

NIT. 826.001.733-1
CALLE 16 Nº 15 - 43. TEL. 7605484- 3202309048- 3153160085
DUITAMA - BOYACA -e-mail: info@creadsaludboyaca.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Anggie Melissa Cano Ramirez	1052392693	51182
Empresa:	PARTICULARES	**Fecha Nacimiento:**	26/01/1991
Direccion:	CRA 11A 22 185 DUITAMA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
81419	Femenino	32	Años	Casado	Tecnico	DUITAMA	26/08/2023 07:50:58

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	NUEVA EPS	**A.R.L.:**	NO REFIERE	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III		**Estrato:**	[2] - Bajo

CONCEPTO MEDICO 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

☑	Sin restricciones médicas para el cargo según profesiograma	☐	Con restricciones para el cargo según profesiograma (ver restricciones)
☐	Con recomendaciones médicas para el cargo según profesiograma	☐	Aplazado: Presenta condición que requiere tratamiento o valoracion antes de Ingre
☐	Sin Restricciones Médicas para trabajo en Alturas	☐	Sin Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados
☐	Sin Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico	☐	Sin Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas
☐	Sin Restricciones Médicas para Conducción de Vehículos	☐	Sin Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos
☐	Sin Restricciones Médicas para Operar maquinaria pesada	☐	Sin Restricciones Médicas para trabajo en alturas mayores a 2500mts
☐	Sin Hallazgos a la Evaluación Médica	☐	Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Con Soporte)
☐	Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo(Con Soporte)	☐	Sin Diagnostico de Enfermedad Laboral o secuelas por accidente de trabajo
☐	Sin Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos	☐	Sin Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante
☐	Con Restricciones Medicas para Conducción de Vehículos	☐	Presenta Diagnostico de Accidente de trabajo (Sin Soporte)
☐	Presenta Diagnostico de Enfermedad Laboral Calificada (Sin Soporte)	☐	Con Restricciones Médicas para trabajo en Alturas
☐	Con Restricciones Médicas para trabajo en Espacios Confinados	☐	Con Restricciones Médicas para trabajo con Riesgo Eléctrico
☐	Con Restricciones Médicas para trabajo en Temperaturas Extremas	☐	Con Restricciones Médicas para Manipulación de Alimentos
☐	Con Restricciones Médicas para trabajo con Manejo de Químicos	☐	Con Restricciones Médicas para trabajo con Radiación Ionizante

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple Con el Perfil del Profesiograma para el Cargo Sin Restricciones.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Valoración por EPS. (Medicina General, Optometria). Correccion optica con anteojos. SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, Higiene Postural, Utilización EPP. Incluir en PROGRAMAS DE PYP: SVE Riesgo Visual. Se recomienda según curso de vida (edad) el cumplimiento de tamizajes según Resolución 3280 de 2018.

Certifico que el (la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizado en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(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 Creadsalud Boyacá S.A.S., para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a Creadsalud Boyacá S.A.S. 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 Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, y para las situaciones contempladas en la misma legislación.

Sat Aug 2023 08/26/23 07:24:41

JOSE JOAQUIN JAIME - C.C. 7213785 / RM: LSO 0886 - 13/08/2020

26/08/2023 07:55:43

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Sat Aug 2023 08/26/23 07:55:43

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.creadsaludboyaca.com Opción SERVICIOS EN LINEA