CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DRA.LINDA RIOS V.

"POR UN AMBIENTE LABORAL SEGURO Y SALUDABLE"

MEDICO SST
RM1143387438
Licencia 2021060001 30142
Bogotá -Colombia

Nombre: Cristina Alvarado Guzman
Cargo: Auxiliar de enfermería
Estado Civil: Soltera
Municipio: Bogotá
EPS: Salud Total
Fecha de Nac: 27/03/1997
Documento: C.C1031169526

Actividad económica: Salud
Dir: Calle 80 Bis A Sur #18 d 75
Cel: 3132496169
ARL: Sura
Edad: 27 años
Escolaridad: Tecnóloga
Genero: Femenino



SERVICIO	FECHA	RESULTADO	RECOMENDACION
AGUDEZA VISUAL	17/08/2024	Normal	Uso de lentes control anual en su entidad de salud
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	17/08/2024	Normal	Se recomienda disminuir consumo de grasas, carbohidratos y azúcares. Realizar ejercicio mínimo 3 veces por semana

RECOMENDACIONES	AGUDEZA VISUAL
Usar Elementos de Protección personal	Buenas condiciones visuales.
Higiene Postural	
Seguir el protocolo de Bioseguridad	
Realizar pausas activas	

Tel.: 3022664610 Correo electrónico: dralindariosv@gmail.com

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO CON RECOMENDACIONES

RESTRICCIONES TIPO N/A

OBSERVACIONES FINALES: El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencia limitación de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional , ni dolor , a nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa o de importancia ocupacional.

REMISIONES: NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa, esta prueba le ayudara a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento actuando en pleno uso de mis facultades mentales, y actuando sin presiones de ninguna índole y en plena conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información cerca de la naturaleza y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto Autorizo a DRA.LINDA RIOS Medico ocupacional para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidades solicitantes para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

Paciente

Firma: _____

MEDICO SST

Firma: _____

Linda Rios Valeta
Medico sst
Rm 1 143 387 438
Licencia 20210601301142