ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 52349178-176140

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	19/03/2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	SONIA YANIVE BUITRAGO P.	**Identificación:**	52349178
Género	FEMENINO **Edad:** 47	**Teléfono**	**Móvil:** 3108698877
Fecha Nacimiento:	19/06/1977	**Cargo:**	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Estado Civil:	SOLTERA	**EPS:**	COMPENSAR
Dirección	CALLE 131#103 21	**ARL:**	SURA.
Escolaridad:	TECNOLOGO	**AFP:**	N/A
Empresa	SUBRED SUR OCCIDENTE		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

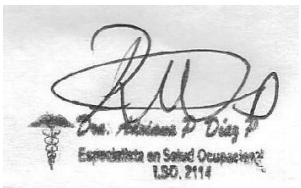
Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO:
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'



ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ 2550-43 2114

Médico Especialista en Salud Laboral



SONIA YANIVE BUITRAGO P. 52349178

Firma y cédula del Paciente