

VISIONAMOS TU SALUD

Nit: 832000464-2
CRA 29 N 12 A-03 YOPAL CAS. PBX: 6334671 - CEL: 3203995252
BARRIO BRISAS DEL CRAVO - www.visionamossalud.com.co

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Carolina Reyes Peña	46376047	6477
Empresa:	PARTICULAR VISIONAMOS SALUD OCUPACIONAL	Fecha Nacimiento:	02/04/1978
Direccion:	CRA 30A#17-45		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
327799	Femenino	45	Años	Soltero	Profesional Universitario	YOPAL	14/03/2024 17:18:59

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	NO REFIERE	Cargo:	-
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:				Estrato:	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD 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 resultado.

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

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

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS DIARIOS MINIMO, DIETA BALANCEADA, , HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, HABITOS DE SUEÑO - ESTRATEGIAS PARA MANEJO DEL ESTRES, PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES MANTENIENDO SUS EXTREMIDADES EROSICIONES DE CONFORT ERGONÓMICO DENTRO DE LOS RANGOS DE MOVIMIENTO PERMITIDOS CONTROL OCUPACIONAL PERIODICO

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(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 paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuvela oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAMOS SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a VISIONAMOS SALUD IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Visionamos Tu Salud Licencia S.O. 01593 03/12/2018

INES LEVETTE - C.C. 1122610142 / RM: 85-884-03/10/2012
L.S.O. 4084-22/12/2016

14/03/2024 17:18:59
Generado por SGMI - TERRASOFT
NIT. 74814574-9 www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.visionamossalud.com.co Opción SERVICIOS EN LINEA, RESULTADOS