Salud en el trabajo / comfama

No. Identificación	890900841
Dirección:	CALLE 48 # 43 -87
Telefono:	3607080
Email:	email@comfama.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha Impresión:	SABANETA - 2024/09/27	Nro Ingreso:	202409270239277
Paciente:	NATALIA FERNANDEZ FIGUEROA	CC:	1037595799
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	COMFAMA - PARTICULARES
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Preingreso
Cargo:	AGENTE DE TRANSITO	Convenio:	CONTRATO No 1 : PARTICULARES : EVENTO
Fecha Salida:	2024-09-27 16:28:28	Fecha Atención:	2024-09-27 16:17:51
Sede:	CIS COMFAMA SABANETA NORTE		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO:	CUMPLE LOS REQUERIMIENTOS MEDICOS PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA LABOR
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES AL EXÁMEN OSTEOMUSCULAR SEGÚN LAS PRUEBAS GATISO.

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de COMFAMA. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Javier Grondona Severich
Md Ucaba
Especialista en Salud Ocupacional CBS
Reg: 005041

Profesional Ocupacional: JAVIER ENRIQUE GRONDONA SEVERICH 0
Registro M.D: 51113-98
Licencia S.O: 2021060005073(2021) - 005041 (Previa)

Firma del Paciente: NATALIA FERNANDEZ FIGUEROA
Identificacion: CC. - 1037595799

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Powered by CamScanner