



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 16 ago. 2024 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: DAYANNA ESTELA CORREDOR FLOREZ
Género: FEMENINO **Edad:** 27
Fecha Nacimiento: 13/06/1997
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CL 132 B 101 A 13
Escolaridad: PROFESIONAL
Empresa: ORDEN DE AGUSTINOS RECOLETOS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1233891287
Teléfono: N/A **Móvil:** 3123001600
Cargo: DOCENTE
EPS: SALUD TOTAL EPS S.A.
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

Misión/Contrato/ COLEGIO AGUSTINIANO NORTE
Centro de Costo:

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

LABORATORIO DE VOZ	SE DAN PAUTAS DE CUIDADO E HIGIENE VOCAL, HIDRATACION DURANTE LA JORNADA Y ANTE SINTOMAS VOCALES, APOYO RESPIRATORIO ABDOMINAL PARA EVITAR ESFUERZO LARINGEO, SE DAN PAUTAS PARA MANTENER UNA POSTURA CORPORAL DE BASE NECESARIA PARA DECUADO FUNCIONAMIENTO VOCAL, EVITAR VARIACIONES EN TONO E INTENSIDAD QUE NO SEAN NECESARIAS PARA LA ACTIVIDAD Y ALERTA ANTE SINTOMAS DE MOLESTIA.
AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. 4. NO UTILIZAR AUDÍFONOS DE NINGUNA CLASE PARA ESCUCHAR MÚSICA 5. NO UTILIZAR COPITOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVO
ESPIROMETRÍA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRÍA	CORRECCION VISUAL PERMANENTES, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL VISUAL EN 1 AÑO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APT0 PARA MANIPULAR ALIMENTOS

Observaciones: // 1. SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE Y SEGUIMIENTO ANUAL POR OPTOMETRIA // 2. SE RECOMIENDA MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (ALIMENTACION BALANCEADA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR Y CONTROLES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SU EPS) // 3. SE RECOMIENDA INFORMAR A LA EMPRESA CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL. // 4. SE RECOMIENDA REPOSO DE LAVOZ Y MEDIDAS DE CUIDADO DE LA VOZ.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
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 y 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 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.

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 y 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 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