CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 36552781-76823

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/12/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO	**Identificación:**	36552781
Género	FEMENINO **Edad:** 61	**Teléfono**	**Móvil:** 3013173993
Fecha Nacimiento:	30/11/1961	**Cargo:**	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	TRSV 110 A N 81 40 INT 5 APTO 102	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	1.BAJAR DE PESO CON DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO. 2.CONTROLES POR MEDICO EN EPS DE LA TENSION ARTERIAL, DIETA HIPOSODICA E HIPOGRASA. 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: CUIDADO NUTRICIONAL Y CONTROL TA EN EPS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NUTRICIÓN	SVE
CARDIOVASCULAR	SVE

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL	VALORACION Y CONTROL TA.

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), 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 la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y 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 entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Dra. Karen Yohana García
Gerente Salud Ocupacional
12860

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

12860

Médico Especialista en Salud Laboral

GLORIA MARINA ZABALA LIZCANO 36552781

Firma y cédula del Paciente

07/10/2024 - R3