CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

MG SALUD Integral Ocupacional SAS

28/08/2024 - Riesgo III



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 54259543-78070

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23/01/2023 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	ALEXA STHUARD MORENO MURILLO		**Identificación:**	54259543	
Género	FEMENINO	**Edad:** 48	**Teléfono**		**Móvil:** 3112626336
Fecha Nacimiento:	29/05/1974		**Cargo:**	EPIDEMIOLOGO (A)	
Estado Civil:	CASADO(A)		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
Dirección	CRA 111 N 75 B - 07		***Escolaridad:***	ESPECIALIZACION	
Empresa	PARTICULAR		**Área:**	No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	1.EVITAR LA EXPOSICION CONTINUA A MATERIAL PARTICULADO Y EVITAR LOS CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA Y CONTROL POR EPS. 2.BAJAR DE PESO CON DIETA HIPOGRASA, HIPOCALORICA, SALUDABLE Y EJERCICIO 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 EVITAR CAMBIOS BRUSCO DE TEMPERATURA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NUTRICIÓN	-
RESPIRATORIO	-

Información de Remisiones

NO

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
Rm. 12860
Especialista en Medicina del Trabajo

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS 12860
Médico Especialista en Salud Laboral

ALEXA STHUARD MORENO MURILLO 54259543
Firma y cédula del Paciente

RIESGO 03
30-01-2023