

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS

NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1061370579-99652

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	07 nov. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA	Identificación:	1061370579
Género:	FEMENINO Edad: 33	Teléfono	Móvil: 3059366419
Fecha Nacimiento:	24/06/1991	Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 112 F N 72 C -21 TORRE 3 APTO 502	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR	AREA: No Reporta	
Empresa en Misión:	PARTICULAR -	Peso: 78 Talla: 166 IMC: 28.31	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

1. BAJAR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO 2.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

ANEXO OSTEOMUSCULAR

PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA.

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: CUIDADO NUTRICIONAL

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NUTRICIÓN

PPyP

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 Laboral

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

Médico Especialista en Salud Laboral

12860 Res. 22 07/01/2023

YENIFER ALEXANDRA CASTAÑO GRANADA

1061370579

Firma y cédula del Paciente