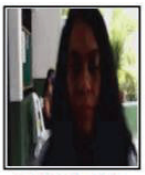
PROSERVANDA
SG-SST S.A.S
Nit. 830129499-8
Diagonal 45 D No 20- 22 Bogotá D.C.
Cel. 322 3075187 – 5103431
www.fundacionproservanda.com
comercial@proservanda.org



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 114.428

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	03 MES	2023 AÑO	PALMIRA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR PERIODICO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

UNION TEMPORAL RIESGOS LABORALES 2020	**SECRETARIA EDUCACION PALMIRA**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CUERO RODRIGUEZ HEYNI CECILIA	Genero: FEMENINO	Edad: 46 AÑOS 3 MESES 29 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 66942815 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos		

Cargo
DOCENTE DE AULA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRÍA	✓	TEST PSICOLÓGICO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN DE VOZ	✓
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR PERIODICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		
VALORACIÓN POR EPS : CIFRA TENSIONAL ELEVADA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN ARAS DE PRESERVAR LA SALUD DE NUESTROS PROFESIONALES Y PACIENTES, LA PRUEBA COMPLEMENTARIA A SU EXAMEN OCUPACIONAL ´ ESPIROMETRIA´´ NO LE SERA PRACTICADA. ESTO, YA QUE SU NATURALEZA PROPICIA LA EMISION AEREA DE MICROGOTAS DE SALIVA QUE CONSTITUYEN EL PRINCIPAL MEDIO DE TRASMISION DE VIRUS RESPIRATORIOS ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRA EL SARS-COV 2

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: VALERO ACOSTA EDGAR LEONARDO	**Nombre:** CUERO RODRIGUEZ HEYNI CECILIA
R. M.: 58717 **L.S.O.:** 4449 18-04-2016	**CC:** 66942815

Apoyo Diagnóstico

TIAN

TIAN IPS SAS
Nit: 9002934029
Dirección: CR 26 32 124
Telefono: 6022870707
Email: gerencia@tianips.com

Información General

No. ingreso 96086	**Fecha Impresión** 2024-05-08	**Empresa Contratante**	PARTICULAR-PALMIRA
Nombre	HEYNI CECILIA CUERO RODRIGUEZ	**Empresa a Laborar**	
Cargo	DOCENTE	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	66942815	**Sede**	PALMIRA
Fecha Ingreso	2024-05-08 08:56:48	**Fecha Salida**	2024-05-08 10:53:29
Fecha Nac.	1976-11-22	**Edad**	47 años
Estado civil	Separado(a)	**Escolaridad**	Posgrado
Genero	Femenino	**N° hijos**	1
Raza	Mestizo	**Estrato**	0



Examen

EVALUACION OCUPACIONAL DE LA VOZ 890210-01

Antecedentes

Infartos:	Descripción: No refiere	Valvulopatias:	Descripción: No refiere
Hipertension Arterial:	Descripción: No refiere	Soplo Cardiaco:	Descripción: No refiere
Arritmia Cardiaca:	Descripción: No refiere	Cardiopatias:	Descripción: No refiere
Antecedente Cerebro Vascular:	Descripción: No refiere	Otros: No refiere	

Imagen

Archivo adjunto

Diagnósticos

Diagnóstico Principal: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	CIE-10: Z100
Diagnostico Rel 1:	CIE-10:
Diagnostico Rel 2:	CIE-10:

Resultado

Resultado: Normal Descripcion del Resultado:

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de TIAN IPS SAS. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos 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 y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Ana Alvarado.