CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud:1030586817-697980

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	17/01/2025 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	BRENDA JOHANNA RIOS PORTILLA	**Identificación:**	
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	**Móvil:** 3144049920
Fecha Nacimiento:	01/02/1991	**Cargo:**	DOCENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	ALIANSALUD
Dirección	CALLE 97-70 -9 0 APTO 903 BLQ 04	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIOAL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS.
KOH	NEGATIVO EN MUESTRA
FROTIS FARINGEO	NEGATIVO EN MUESTRA
COPROLÓGICO	NEGATIVO EN MUESTRA
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACION.
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

Observaciones: -

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL
NUTRICIÓN -

Información de Remisiones

NUTRICION

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.

ADRIANA PAOLA DIAZ PEREZ 2114 255043
Médico Especialista en Salud Laboral

BRENDA JOHANNA RIOS PORTILLA 1030586817
Firma y cédula del Paciente

Powered by CamScanner