I.P.S. San Gabriel C.N.R.

CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN SAN GABRIEL IPS S.A.S.

Prestador: 110010653701
No. Identificación 900388143-5
Dirección: CALLE 96 Nro 99A - 36
Telefono: 8253006
Email: sangabrielips@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	CHIGORODÓ - 2025/02/06	Nro Ingreso:	20250206020122
Paciente:	HARRY . SANCHEZ PEREA	CC:	11936320
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	IPS SAN GABRIEL
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	INGENIERO DE SISTEMAS		
Orígen:	HARRY . SANCHEZ PEREA	Destino:	HARRY . SANCHEZ PEREA
Fecha Salida:	2025-02-06 11:20:33	Fecha Atención:	2025-02-06 11:15:53
Sede:	CHIGORODÓ		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	**SIN RESTRICCIONES**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	CAPACITAR AL TRABAJADOR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y LESIONES PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR, SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS SEGÚN EL RIESGO DEL OFICIO Y CAPACITAR SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA REALIZAR SU TRABAJO DE MANERA SEGURA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**PACIENTE SANO, SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	PACIENTE EN EL MOMENTO DEL EXAMEN, SIN PATOLOGÍA APARENTE QUE INTERFIERA O LO LIMITE PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD LABORAL

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

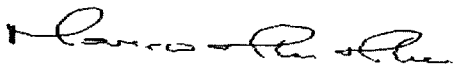
Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

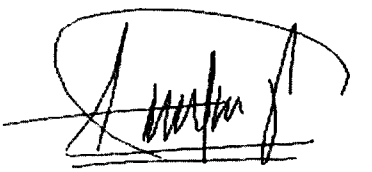
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. 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. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN SAN GABRIEL IPS S.A.S.. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Profesional Ocupacional: MAURICIO ANDRES MESTRE MESTRE 0
Registro M.D: 25879
Licencia S.O: 1839



Firma del Paciente: HARRY . SANCHEZ PEREA
Identificacion: CC. - 11936320

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com