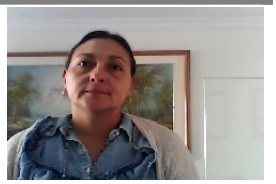
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727
LSO - 2969/19

EXAMEN MEDICO Y ANEXO OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 65777668-47410

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	9/10/2023 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO	**Identificación:**	65777668
Género	FEMENINO **Edad:** 45	**Teléfono**	3212765208 **Móvil:** 3212765208
Fecha Nacimiento:	7/12/1977	**Cargo:**	INSTRUCTOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	AVENIDA 15 15 100 CONJUNTO VILLA BARICHARA CASA 43	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACIÓN	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	SENA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOMETRICO	PSICOMETRICO REALIZADO
AUDIOMETRÌA	AUDICION NORMAL BILATERAL 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	1. USAR FORMULA OPTICA PARA CERCA 2. CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO. CONTINUAR TRATAMIENTOS Y CONTROL MEDICO ESPECIALIZADO ENE PS. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISION CERCA., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA	NORMAL
CUADRO HEMATICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	SATISFACTORIO
ANEXO CARDIOVASCULAR	RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO % SEGUN TEST DE FRAMINGHAM.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	-	SVE
NUTRICIÓN	-	SVE

Información de Remisiones

GINECOLOGIA	-
MÉDICO GENERAL	-
HEMATOLOGIA	-
NUTRICIONISTA	-

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

'CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, 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, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.-'



Diana Zapata

CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

DIANA PAOLA ZAPATA BARRERO 65777668

Firma y cédula del Paciente

2969

Médico Especialista en Salud Laboral