

BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Clle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435

BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Tilcia Contreras Caceres	60422792	8782
Empresa:	**PARTICULAR**	**Fecha Nacimiento:**	11/07/1975
Direccion:	ETAPA 1 CASA 16 CIUDAD JARDIN		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
39914	Femenino	48	Años	Casado	Profesional Universitar	ARAUCA	12/01/2024 09:32:14

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**		**Cargo:**	ADMINISTRATIVO
Contrato:			**Clasificacion del Riesgo:**			**Estrato:**	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resul

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☑ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☑ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP. SEGUN I.M.C.: Ejercicio Regular. MANEJO E.P.S. Y/O A.R.P.: Control PyP por EPS. PROGRAMAS DE PYP: Salud Visual, Riesgo Biomecanico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Fri Jan 2024 01/12/24 09:

Georgina Victoria Boada Vasquez - C.C. 35198410 / RM: R.M 81-896 27/07/2017

12/01/2024 09:32:20

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT 74814574-8. www.terrasoft.co

Fri Jan 2024 01/12/24 09:32:22

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho