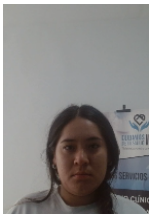
CUIDAMOS DE TU SALUD IPS

No. Identificación 901387141-1
Dirección: CALLE 14# 19-71
Telefono: 3153992794
Email: cuidamosdetusaludsm@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	SANTA MARTA - 2025/01/20	Nro Ingreso:	20250120020122
Paciente:	MARIA MELINA PERLA DEL MAR PAREDES CELIS	CC:	1083021144
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	PARTICULAR
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Preingreso
Cargo:	ENFERMERA PROFESIONAL	Convenio:	PARTICULAR
Fecha Atención:	2025-01-20 09:02:26		
Sede:	Sede principal		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO:	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES: -CONSULTAR A NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EN EPS PARA MANEJO DE SU ALTERACIÓN DEL PESO. -DIETA BAJA EN GRASAS Y EN CARBOHIDRATOS. -CONTROL DE PESO, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON ÉNFASIS EN AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE EPP PROPIOS A CARGO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	SIN RESTRICIONES OSTEOMUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] PausasActivas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [x] Remitir a EPS

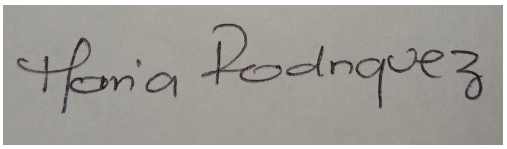
Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

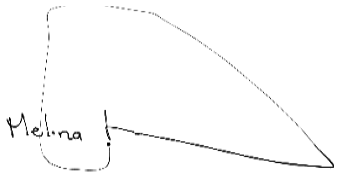
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y 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. 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 CUIDAMOS DE TU SALUD IPS. 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: MARIA AUXILIADORA RODRÍGUEZ PÉREZ

Registro M.D: 231378

Licencia S.O: RES. 25-704



Firma del Paciente: MARIA MELINA PERLA DEL MAR PAREDES CELIS

Identificacion: CC. - 1083021144

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com