SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT. 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 10-ene.-2024 **HORA** 08:42:16
EMPRESA Secretaria Distrital de Integracion Social
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Deisy Xiomara Bejarano Pedreros
Edad 32 años 2 meses 9 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1022972260
Cargo TRABAJADORA SOCIAL

apto

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: CUMPLE CON LAS CONDICIONES PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

1/ / Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral. 3/Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 4/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo. 5/ Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales. 6/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 7/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal.
REMISION A EPS?: NO.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Reg.Med.72173322 / SST 3508 de 19-07-22
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. Res 3508 de 19-07-; Lic.SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Deisy Xiomara Bejarano Pedreros
CC N° 1022972260

Huella

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud Ocupacional IPS.**, a realizar en mi, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud Ocupacional IPS.**, 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, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomará SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para garantizar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

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.

Trabajador:

Firma:

Nombre: Deisy Xiomara Bejarano Pedreros

CC No. 1022972260



Powered by CamScanner