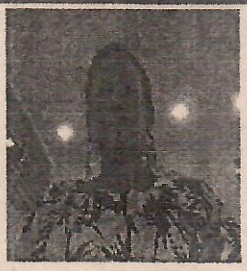
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

FA-021592

N° de historia 32714777 **Motivo de consulta** OTRA **Fecha registro** 15/01/2018

Tipo examen

Ficha de identificación



DAHGNA JIMENEZ LUNA

Tipo Doc. CC **Nro. Documento** 32714777 **Fec. Nac.** 29/03/1967 **Edad** 50 Años

Telefono 1 3116565588 **Telefono 2** **Depto.** Atlantico **Ciudad** Barranquilla

Correo electronico @

Dirección Casa CLL67 N 14-40

Estado civil Soltero(a) **Escolaridad** Profesional **Estrato** Estrato 1 - Bajo bajo

Género FEMENINO **Descripción de escolaridad**

Hijos 1

Contrato SO PARTICULARES

Empresa PARTICULAR **Cargo** ABOGADA

AFP COLPENSIONES **EPS** COMFACOR **ARL** NO TIENE

Estudios realizados

EXAMEN FISICO (SO).

Concepto médico

Procedimiento	Concepto
Ingreso	Apto para el cargo

Observación

Recomendaciones

Tipo de recomendación	Recomendación
Habitos y estilos de vida	Fomento del Autocuidado Dieta balanceada Estilos de vida Saludable
Ocupacionales	Higiene Postural Posiciones Ergonomicas Pausas Activas

Recomendaciones especificas

CONTROL MEDICO ANUAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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) 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(s) 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 el Laboratorio Clínico Falab S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y verídicas. Autorizo a Laboratorio Clínico Falab S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registradas 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 de todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr(a). KATHY INES RECUERO CAMARGO
R.M. Nro. 4023180412
M.D. SALUD OCUPACIONAL

Paciente DAHGNA JIMENEZ LUNA
Identificación: 32714777