

POLICLINICO SOCIAL DEL NORTE

Nit. 800177014-5
CR 8 H 164 B 19 - BOGOTÁ D.C., TEL: 6016774390
Barrio: Camino del Palmar, e-mail:psndelnorte@hotmail.com

Nombre Paciente:	Adriana Maria Martinez Palacios	Identificacion	Codigo Unico Paciente:
		52387716	1505
Empresa:	PARTICULARES	Fecha Nacimiento:	14/08/1977
Direccion:	CL 181 17B 86 | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
8282	Femenino	47	Años	Union Libre	Profesional Universitario	BOGOTÁ	05/08/2024 07:53:37

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	PSICOLOGA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		I		Estrato:	[3] - Medio 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 resultado:

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 Enfasis Osteomuscular, Optometria Ocupacional.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple requisitos para el cargo. Hallazgos medicos que no interfieren con su labor.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES:Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP, Uso de gafas correctivas permanentes, Control optometrico en 1 año. Pausa activas frente a computadores. SEGUN I.M.C.Dieta, Ejercicio Regular, Habitos de vida saludable. PROGRAMASDE PYP:Salud Visual, Riesgo Ergonomico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi 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 SURMEDICAIPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a SURMEDICA 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.

Dra. Ana Viviana Bernal R.
Médico • Especialista SST
R.M. 52.483.270
Lic. 4503/2023

Mon Aug 2024 08/05/24 07:40:45

Ana Viviana Bernal Rojas - C.C. 52483270 / RM: 52483270

05/08/2024 08:09:49

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Mon Aug 2024 08/05/24 07:20:16

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Powered by CamScanner