SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

NIT. 830.136.121-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS
Calle 27 Sur #. 14-48 Barrio Olaya, Bogotá D.C.
3002943555 - 3006168831 PBX: (601) 361 76 12

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 6-sep.-2024 **HORA** 11:37:19
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Ana Belen Salamanca Gonzalez
Edad 35 años 2 meses 9 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1022973799
Cargo INFORMADORA

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Optometría
Vision Lejana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometría general.
Vision Cercana: Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral.// 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Debe usar lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión lejana.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR. Normal
REMISIÓN A EPS?: SI.
*Valoración con optometría en su entidad de salud para formulación y corrección de defecto visual refractivo.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"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		**Trabajador**		
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	Firma		Huella
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Ana Belen Salamanca Gonzalez	
RM.	LIC.SST#3508 de 19 Lic.SO:	CC N°	1022973799	