CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 28566979-185613

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	8/05/2019 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARGARITA MARIA SILVA PEREIRA	**Identificación:**	28566979
Género	FEMENINO **Edad:** 39	**Teléfono**	**Móvil:** 3102103146
Fecha Nacimiento:	10/08/1979	**Cargo:**	ASESOR JURIDICO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 21 1 A 56	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	POSTGRADO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	PARTICULARES -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. HABITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL., CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CON MEDICINA GENERAL DE LA EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO:
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Patsy K. Páez M.
Médica UN
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
RM 25342304

PATSY KRUVSKAYA PAEZ MUÑOZ 6223/2016 25342304
Médico Especialista en Salud Laboral

MARGARITA MARIA SILVA PEREIRA 28566979
Firma y cédula del Paciente

Scanned with CamScanner