

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S
NIT: 900738322-1



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 31179525-154095

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	9/02/2024 - CALI	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	NANCY SUAREZ PERDOMO	Identificación:	31179525
Género:	FEMENINO Edad: 55	Teléfono	Móvil: 3508171604
Fecha Nacimiento:	9/12/1968	Cargo:	CONTADOR (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.
Dirección:	CRA 3ENORTE # 70-90 B/ OASIS DE CONFANDI	AFP:	COLPENSIONES
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	ARL:	NO REPORTA
Empresa:	PARTICULAR -	Antigüedad en el Cargo:	0 meses
Dirección:			
Actividad Económica:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS REALIZAR ESTIRAMIENTO DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES. HIGIENE POSTURAL Y COLUMNA. HABITOS DE ALIMENTACION Y VIDA SALUDABLE. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, ALIMENTOS MUY PROCESADOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. USAR CORRECCION VISUAL OCASIONAL. SE APLICÓ ENCUESTA COVID SIN ALTERACIONES.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: CONTINUAR HABITOS SALUDABLES Y MANEJO POR ESPECIALIDAD TRATANTE EN EPS. CUMPLIR CON LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y GOBIERNO NACIONAL PARA LA PREVENCION DE COVID 19.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NUTRICION EPS	CONTROLO PESO
MEDICINA INTERNA EPS	CONTROL RCV
OPTOMETRÍA EPS	CONTROL VISUAL ANUAL.

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 SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos 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 la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.



Erika P.
Dra. Erika Palacios M.
Magister en Salud Ocupacional
Universidad Libre
L.S.O 1757
C.C. 35600675

ERIKA DEL CISCY PALACIOS MURILLO
Médico Especialista en Salud Laboral

1757 50651

NANCY SUAREZ PERDOMO
Firma y cédula del Paciente

31179525