CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT. 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52849126-23971

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	03/12/2020 - BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	HEIDY FERNANDA MAHECHA		**Identificación:**	52849126	
Género	FEMENINO	**Edad:** 40	**Teléfono**	0	**Móvil:** 3212202329
Fecha Nacimiento:	28/04/1980		**Cargo:**	ENFERMERA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	SANITAS S.A.	
Dirección	CRA 31 B # 4 A 19		**ARL:**		
Escolaridad:	UNIVERSITARIO		**AFP:**	PORVENIR S.A.	
Empresa	PARTICULAR -				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACIÃ"N O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR REALICE MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.
PACIENTE NIEGA SINTOMAS RELACIONADOS CON INFECCION POR COVID 19 Y NIEGA CUALQUIER RIESGO DE NOCION DE CONTAGIO RELACIONADA.
CIRCULAR 030/2020 MINISTERIO DE PROTECCIÃ"N SOCIAL
AL EXAMEN FISICO NO SIGNOS CLINICOS DE INFECCION POR COVID 19.
EXAMEN MEDICO SIN EVIDENCIA DE FACTORES DE COMORBILIDAD ASOCIADOS.

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

NUTRICION

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 mi están completas y son veridicas. Firmo para constancia.

JIM R. SÁNCHEZ B.
Médico Cirujano
R.M.79.762.200 - S.S.B

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT. 900.708.180 - 2
Transv. 35 # 32B - 36 Sur
Tels. 313 86 36 - 561 43

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ 26 04/01/2019 79762200
Médico Especialista en Salud Laboral

HEIDY FERNANDA MAHECHA 52849126
Firma y cédula del Paciente

TV. 35 (AUTOPISTA SUR) # 32 B - 36 SUR. TELs: 561 4385 E-Mail: gerencia@crcocupacional.com Bogotá D.C. - Colombia
Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.siqaltda.com.co

Escaneado con CamScanner