CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1027957973-73421

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/02/2024 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	BIBIANA MARIA MORENO RAMOS	**Identificación:**	1027957973
Género	FEMENINO **Edad:** 35	**Teléfono**	NO TIENE **Móvil:** 3122204281
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**Cargo:**	INSTRUCTORA DE ACTIVIDAD FISICA
Dirección	BARRIO POLUICARPA 100A CRR 78A	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa	PARTICULAR	**Escolaridad:**	TECNOLÓGICO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRIA TAMIZ	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SE HAN TENIDO EN CUENTA TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, SE EMITIERON OBSERVACIONES SEGUN LOS HALLAZGOS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ATENCION POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SST. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR EL (LOS) ESPECIALISTA(S) EN CASO DE QUE SE PRESENTEN. SE RECOMIENDA EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN CORRESPONDAN, AL CARGO Y/O LABOR DEL EMPLEADO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, ADOPTAR ADECUADA HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, INDUCCIONES PROPIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES PARA LA VOZ: EVITAR BEBIDAS CALIENTES O MUY FRIAS, EVITAR CARRASPEO,EVITAR SOBRE ESFUERZO VOCAL EN AMBIENTES RUIDOS, HIDRATAR CONSTANTEMENTE DURANTE FONACION PROLONGADA, REALIZAR PAUSAS DE ALMENOS 5 MINUTOS POR CADA HORA DE HABLA.

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clinica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

- **Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.**
- **Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.**
- **Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.**
- **Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).**
- **Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.**
- **Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades fisicas del trabajador.**

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclinicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclinicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinicos ocupacionales, a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este examen están completas y son veridicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clinica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

Sandra Segura

SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

B.D. 14 MAR N



Médico Especialisa en Salud Laboral
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
1600408020222

Firma y cédula del Paciente
BIBIANA MARIA MORENO RAMOS
1027957973