

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FRANCISCO F. ZAPATA G. Médico Ocupacional - U. del Quindío
Dirección: Calle 26 # 15-39 | Armenia, Quindio
Teléfono: 3137499764



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres: María Alejandra Apellidos: Aldana Chala

Tipo de Identificación:Cédula ciudadanía No. de Identificación: 1088358065 Fecha de Nacimiento: 26/11/1999

Edad: 24 años 10 meses 22 días Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero

Departamento: Risaralda Ciudad: Pereira Escolaridad: Profesional

Dirección: Mz 40 Cs 29 Villa del Prado

Teléfono Celular: 3215798384 EAPB: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS

Ocupación: Abogados

Fecha y hora de inicio de la atención: 18/10/2024 14:11:38 Nombre de consulta: Atención 1

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

Mediante el presente documento refiero, que se realizó examen médico de aptitud laboral al(la) trabajador(a) en cuestión, DE LA EMPRESA: GOBERNACION DE RISARALDA, CARGO: ABOGADA. TIPO DE EXAMEN: INGRESO. CERTIFICO QUE, es: APTA, CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO. RESTRICCIONES: DEBE USAR LENTES PERMANENTES PARA LABORAR. Apto para trabajo en alturas: NO VALORADO. Próxima valoración: EN UN AÑO. Aportó profesiograma: NO

Recomendaciones:
- Debe realizar actividad física, al menos 30-40 minutos por día 3-4 veces por semana
- Visitar al médico periódicamente.
- Por su EPS debe visitar al nutricionista y, al optómetra con una frecuencia al menos anual.
-Recomiendo vacunación contra influenza, esquema completo de tétano
- Debe realizar pausas activas
- Evitar malas posturas al sentarse, pararse, acostarse.
-. Debe tener un sitio de trabajo con entorno ergonómico
- Debe reportar accidentes e incidentes de trabajo, cumplir con reglamento de seguridad industrial de la empresa, acatar las recomendaciones del equipo de salud y seguridad en el trabajo.
-. Debe cumplir con el protocolo de bioseguridad.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA; ERGONOMICO--BIOLOGICO--VISUAL--CARDIOVASCULAR

Yo, quien realizo éste examen, y a quien corresponden los datos suministrados para su elaboración, autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA:

CC

Modalidad de Atención: Intramural



Francisco Fernando Zapata Giraldo

CC No. 89006463 / RM 66467/12 - Licencia Seg. Salud Trabajo 0863/2014 - Sec. Salud Quindío.
Médico general, Salud Ocupacional