**Red de Promocion y Prevencion en salud ocupacional S.A.S**
**Nit: 0900412223-9**
**Direccion . Kra 9 N 7-12**
**Cel 3003661345**



Red de promoción y prevención en salud ocupacional S.A.S

**MILEDHYS MORENO MOSQUERA**
**Medico especialista en SaludOcupacional**
**RM:2901 Rvs SO 01760**

| Identificacion | 22739654 |
|---|---|

Nombre del Paciente: **NELLY DE JESUS LACOUTURE ROMERO**

Empresa: **ALCALDIA MUNICIPAL DE FUNDACION**
Direccion:

| SEXO | EDAD | ESTADO CIVIL | NIVEL EDUCATIVO | CIUDAD | FECHA DE CONSULTA |
|---|---|---|---|---|---|
| FEMENINO | 44 AÑOS | SOLTERO | PROFESIONAL | FUNDACION-Mag | 21/10/2026 |
| Objetivo: | INGRESO | | E.P.S. Afiliado: | | CONTRATO |
| CARGO | **INGENIERA DE SISTEMAS** | | | Estrato: | |

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente Fueron consignados en una Historia Clinica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

**CONCEPTO :**

- [x] Desempeño sin restricciones
- [ ] Desempeño con restricciones

**TRABAJOS ESPECIALES**

| | |
|---|---|
| Alturas | |
| Espacios Confinados | |
| Manipulacion de Alimentos | |

**CONCEPTO EGRESO**

- [ ] Satisfactoria
- [ ] NO Satisfactoria

Valoracion por: [ ] E.P.S [ ] A.R.L

PREVENCION EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- [x] Auditivo
- [ ] Visual
- [ ] Cardio Vascular
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Dermatologico
- [ ] Otros

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDEMIENTOS

**Se realizaron los Siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR-HERNIAS, VISIOMETRIA , AUDIOMETRIA , ESPIROMETRIA**

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

**DESEMPEÑO SIN RESTRICCIONES PARA LAS TAREAS DEL CARGO**

**OBSERVACION: HIPOACUSIA IZQ CORREGIDA CON AUDIFINOS**

## RESTRICCIONES

**SIN RECOMENDACIONES PARA EL CARGO**

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

**GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular**

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), arealizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s)ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza ypropósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el ropósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autoriz o a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documen to, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. 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

Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE
RESOLUCION 01700 23 JUAN /2011

**MILEDHYS MORENO MOSQUERA** RM:2901 Rvs SO 01760

Firma y Huella del Pciente o Responsable