CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 23/01/2024 3.19 PM

FECHA DE EXAMEN 23/01/2024 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	MARIA DEL CARMEN			**Apellidos**	SANCHEZ CARDENAS				
Identificación	CC	67030226	**Edad**	38 Años	**Genero**	F	**Grupo sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	CALI			**Fecha de nacimiento**		16/07/1985	**Estrato**	3
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3016413934			
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali		**Dirección**	CALLE 19 21-08 ARANJUEZ			
EPS	SANITAS EPS S. A								
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		**Fondo de Pensiones**		PORVENIR S.A.				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	NO REFIERE
CARGO	PROFESIONAL DE APOYO	**SECCION O AREA**	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

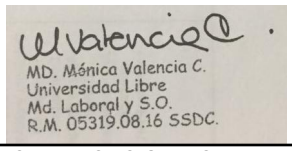
CONCEPTO	Apto para el cargo .
OBSERVACIONES	.
RESTRICCIONES	.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	habitos de vida saludable pasuas activas higiene postrual	
SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada		
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Psicolaboral)	

Nombres y Apellidos MARIA DEL CARMEN SANCHEZ CARDENAS **Identificación** CC 67030226

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.



MONICA VALENCIA CASTRILLON
C.C 29567839 RM: 05319.08.16
Firma y sello del Médico Evaluador

MARIA DEL CARMEN
C.C 67030226
Firma del trabajador Evaluado

