

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Omnisalud Bogotá



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1026551249-76716

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 13/12/2016 BOGOTÁ D.C.
Paciente: NANCY VIVIANA VELASQUEZ BARRETO
Género: FEMENINO **Edad:** 30
Fecha Nacimiento: 28/03/1986
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CALLE 136A NO 118 - 31
Empresa: CORTINEROS LIDER -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1026551249 **Móvil:** 3005032996
Teléfono:
Cargo: MERCADERISTA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Escolaridad: BACHILLER

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observaciones: CONTROLES DE RUTINARIA EN SU EPS, SE INDICA HÁBITOS SALUDABLES DE VIDA, REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS, SE FOMENTA HÁBITOS SALUDABLES DE TRABAJO. ALIMENTACIÓN BALANCEADA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica

OSTEOMUSCULAR

POR EXPOSICION A FACTOR DE RIESGO

Información de Remisiones

NO

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), prAutorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), profesional adscrito a la IPS, a realizar en mí el examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) 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 la IPS, para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. 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 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. Con la firma del presente documento, declaro que conocí el contenido y diligenciamiento medio magnético de las evaluaciones medicas ocupacionales y que el presente documento forma parte de mi historia clínica ocupacional.



VIVIANA VELASQUEZ

DELIO JAVIER MORENO LOPEZ
 Médico Especialista en Salud Laboral

0961

NANCY VIVIANA VELASQUEZ BARRETO
 Firma y cédula del Paciente

1026551249