

FECHA DE EXAMEN 12/04/20 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	JOHANA			Apellidos	BUENO BERMUDEZ			
Identificación	CC	29688842	Edad	33 Años	Genero	F	Grupo sanguineo	A +
Procedencia	Lugar de nacimiento		PALMIRA		Fecha de nacimiento		31/12/1985	Estrato 5
Estado civil	Soltero (a)		Escolaridad	Postgrado	Teléfonos	3007881185		
Departamento	Valle Del Cauca		Municipio	Cali	Dirección	CALLE 22 # 3-22		
EPS	SANITAS E.P.S. S.A.							
ARL	AXA COLPATRIA			Fondo de Pensiones		PROTECCION S.A.		

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	SEDE	NO REFIERE
CARGO	CONSULTORA DE GESTION EMPRESARIAL	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	USO DE EPP SI EL PERFIL DEL CARGO LO REQUIERE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN DE ACCIDENTALIDAD.	
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

JOHANA BUENO BERMUDEZ

Identificación

CC

29688842

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

JOHANA
C.C. 29688842
Firma del trabajador Evaluado

