

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD		
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	Nit	830104032-4
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co	Teléfonos	4173131



TIPO DE EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA DE EXAMEN: 2019-01-10 09:39:59

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE								
Nombres y Apellidos		ANA BIBIANA CHAVES TORRES			Identificación	CC 52742148	Sexo	M
Fecha de Nacimiento		21/11/1981		Edad	37 Años		Teléfonos 3186118570	
Dirección		CLL 2 3 33		Municipio	Bogotá, D.C.		EPS Compensar	
ARL		SURA		Fondo de Pensiones		PROTECCION S.A.		

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares	Empresa Usuaría	NO APLICA
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Fecha Ingreso	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO CON ALTERACIÓN QUE NO LIMITA SU LABOR (Posee alguna patología o condición física que NO INTERFIERE con su capacidad laboral)
CONCEPTO ESPECIFICO 1	NO APLICA
CONCEPTO ESPECIFICO 2	NO APLICA
RESTRICCIÓN	NO APLICA
REUBICACIÓN	NO APLICA
REMISION EPS	NO

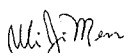
RECOMENDACIONES

REQUIERE TRATAMIENTO POR ENTIDAD DE SALUD	VALORACION POR MEDICINA GENERAL
INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN	
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS	
VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS	
CHEQUEOS POR EPS Y Hábitos de vida saludable	
OTRAS	USAR CORRECCION OPTICA PARA TRABAJAR

INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE)

VISUAL	
--------	--

Certifico que la información por mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la Fundación Médica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la pérdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos.


WILLIAM JIMENEZ MENDEZ
MEDICO ESPECIALISTA
C.C. 73.112.363
LIC. 25.577 DE 2015

WILLIAM NICOLAS JIMENEZ MENDEZ
C.C. 73.112.363

WILLIAM JIMENEZ MENDEZ
C.C. 73112363 RM: L.S.O. 25-577
Firma y sello del Médico Evaluador


BIBIANA CHAVES

ANA BIBIANA CHAVES TORRES
C.C. 52742148
Firma del trabajador Evaluado

