



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 13.690

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	03 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
METRO JUNIOR'S SAS - SST				CENTRO DE COSTOS EVER			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
SINDY PAOLA RODRIGUEZ FLOREZ				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS 8 MESES 26 DÍAS	CC	1030574674
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>MONITORA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CUMPLE CON RECOMENDACIONES</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
APTO	OSTEOMUSCULAR						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
Examen Médico Físico Músculo-esquelético de Ingreso <input checked="" type="checkbox"/>							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR			HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EN EPS PARA ESTUDIO Y MANEJO ANALGESICO DE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR QUE AFECTA EL DORSO Y MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO REQUIERAN MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS CON MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NI ACTIVIDADES CON LOS BRAZOS POR ENCIMA DEL NIVEL DE LOS HOMBROS DE FORMA SOSTENIDA O CONTINUA, O MOVIMIENTO REPETITIVOS DEL HOMBRO DERECHO, LAS PRESENTES RECOMENDACIONES TIENEN UNA VIGENCIA DE 5 DÍAS.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. 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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 <b>Dra. Laura Dominguez Garcia</b> <i>Especialista en Medicina del Trabajo</i> <i>Resolución 06125</i>				 <b>Sindy Paola F.</b> <i>Sindy Paola Rodriguez Florez</i>			
Firma:				Firma:			
Nombre: DOMINGUEZ GARCIA LAURA MARIA				Nombre: SINDY PAOLA RODRIGUEZ FLOREZ			
R. M.: 1098762624		L.S.O.: RES. 06125 - 31/07		Código de Seguridad		CC: 1030574674	
<b>C13511013690</b>							