





CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.060

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12	12	2023	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ADILAB - AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO S.A.S.				NGEOMEGA S.A.S - PRAFI CE - PROYECTO REDES AFINIA CESAR			
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)							
CABEZAS GARCIA DEINER DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC	1067716522
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
AUXILIAR DE ALMACEN CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR SIN RESTRICCION							
Observaciones: NO APLICA							
APTO PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL							SI
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				EVALUACION OSTEOMUSCULAR			
AUDIOMETRÍA				EVALUACION SICOSENSOMETRICA			
VISIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS :							
OBESIDAD.							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
V F AMARILLA Y T TETÁNICO APLICADA.							
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			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: MOLINA RAMOS SILVIO JAVIER				Nombre: CABEZAS GARCIA DEINER DAVID			
R. M.: 440050 L.S.O.: 168/2022				CC: 1067716522			