



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.203

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	02 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			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)							
CERVERA ARCIA AURELIO JOSE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	38 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS	CC	5136106
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AYUDANTE CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR							
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				TETANO			
AUDIOMETRÍA				FIEBRE AMARILLA			
VISIOMETRÍA				EVALUACION SICOSENSOMETRICA			
EVALUACION OSTEOMUSCULAR				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
V F AMARILLA Y T TETANICO 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: CERVERA ARCIA AURELIO JOSE			
R. M.: 440050 L.S.O.: 168/2022				CC: 5136106			