

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 7.531**

| | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|--|--|--|---------------------------------|--|---|--|--|--|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | | | | | |
| 04 DÍA | 03 MES | 2024 AÑO | BUENAVENTURA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | | | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | | | | | |
| PARTICULARES CONTADO | | | | PARTICULARES | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | |
| PIZARRO ARBOLEDA ALFONSO | | | | Genero MASCULINO | | Edad 43 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS | | Documento de Identificación CC 14473394 | | | |
| Apellidos y Nombres | | | | Teléfonos | | Tipo | | Número | | | |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON RESTRICCIONES | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: EVITAR MANIPULACION DE CARGAS MAYORES A 5KG | | | | | | | | | | | |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | | | | N/A | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | | TIPO | | RECOMENDACIONES | | | | | |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | | | | NO APLICA | | NO APLICA | | | | | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | | | | | | |
| EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | | | | VISIOMETRÍA | | | | | | | |
| AUDIOMETRÍA TAMIZ | | | | EXAMEN PSICOSENSOMETRICO | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | USO DE EPP | | | | HABITOS SALUDABLES | | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR | | | |
| VALORACIÓN POR EPS : POR EPS DEFINIR CONDUCTA CON HALLAZGO MEDICO EN EXAMEN FISICO | | | | SVE OSTEOMUSCULAR | | | | CONTROL DE PESO | | | |
| | | | | CAPACITACIÓN | | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | | | |
| | | | | | | | | HACER DEPORTE | | | |
| | | | | | | | | DIETA BALANCEADA | | | |

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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:

Nombre: RODRIGUEZ ANGULO EBLIN YADIRA

R. M.: 7669-92

L.S.O.: 0950

Código de Seguridad
Q390W1C7531

Firma:

Nombre: PIZARRO ARBOLEDA ALFONSO

CC: 14473394

| |
|--|
| |
|--|