



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 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)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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	Teléfonos Tipo Número
Apellidos y Nombres							
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			
RESTRICIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES				TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	VIISIOMETRÍA	✓	
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							
<p>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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: RODRIGUEZ ANGULO EBLIN YADIRA				Nombre: PIZARRO ARBOLEDA ALFONSO			
R. M.: 7669-92		L.S.O.: 0950		CC: 14473394			
Código de Seguridad Q390W1C7531							

