



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.591

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	03 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
METRO JUNIOR'S SAS - SST				METRO JUNIOR'S SAS			
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)							
CATALINA SANTAMARIA GOMEZ				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	22 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	CC	1000183314
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Carga MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS: ES IMPORTANTE MINIMIZAR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE LAS MUÑECAS, COMO ESCRIBIR DURANTE LARGOS PERÍODOS DE TIEMPO O LEVANTAR OBJETOS PESADOS DE MANERA CONSTANTE. SI ESTO ES INEVITABLE, SE DEBE HACER PAUSAS FRECUENTES PARA DESCANSAR Y MOVER LAS MUÑECAS EN DIRECCIONES OPUESTAS. MOVIMIENTO ALTERNADO: ALTERNAR LAS TAREAS O POSICIONES DE LAS MANOS Y MUÑECAS PUEDE EVITAR LA SOBRECARGA DE LAS ARTICULACIONES. USO DE AMBAS MANOS: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, ALTERNAR EL USO DE LAS DOS MANOS PARA REPARTIR EL ESFUERZO Y EVITAR SOBRECARGAR UNA SOLA MUÑECA.							
APTO OSTEOMUSCULAR							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
Examen Médico Físico Músculo-esquelético de Ingreso				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
AL EF SE ENCUENTRA INFLAMACIÓN Y DEFORMIDAD EN LA ARTICULACIÓN DE LAS MUÑECAS QUE OCASIONA LIMITACIÓN EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTO PARA LA FLEXIÓN Y ROTACIÓN EN MANOS; SIN OTRO SÍNTOMA Y/O SIGNO ASOCIADO. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. RECOMENDACIONES: EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS: ES IMPORTANTE MINIMIZAR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE LAS MUÑECAS, COMO ESCRIBIR DURANTE LARGOS PERÍODOS DE TIEMPO O LEVANTAR OBJETOS PESADOS DE MANERA CONSTANTE. SI ESTO ES INEVITABLE, SE DEBE HACER PAUSAS FRECUENTES PARA DESCANSAR Y MOVER LAS MUÑECAS EN DIRECCIONES OPUESTAS. MOVIMIENTO ALTERNADO: ALTERNAR LAS TAREAS O POSICIONES DE LAS MANOS Y MUÑECAS PUEDE EVITAR LA SOBRECARGA DE LAS ARTICULACIONES. USO DE AMBAS MANOS: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, ALTERNAR EL USO DE LAS DOS MANOS PARA REPARTIR EL ESFUERZO Y EVITAR SOBRECARGAR UNA SOLA MUÑECA.							
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



Firma: _____

Nombre: GORDILLO PUENTES MARIA DEL PILAR

R. M.: 25138/1995

L.S.O.: RES. 1196 DE 10/02/2023



Código de Seguridad

T1351Z1F24591

Aspirante o Trabajador

Catalina S.G.

Firma: _____

Nombre: CATALINA SANTAMARIA GOMEZ

CC: 1000183314