



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 16.070

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	05 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
MAYRA ALEJANDRA ARIAS LEON				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	22 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC	1000378273
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
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		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONAL		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR CAPACITACIÓN			HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PX. PRESENTA AUMENTO ANORMAL DE PESO. SEGUN RESULTADO DE IMC PRESENTA SOBREPESO. SE LE RECOMIENDA ASISTIR A NUTRICIONISTA POR SU EPS PARA VALORACIÓN Y CONTROL, ADEMÁS DE CUMPLIR CON UNA DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS REFINADOS, AZUCARES, Y GRASAS SATURADAS, HIDROGENADAS Y TRANS. DEBE CUIDAR SU SALUD A TRAVES DE BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIOS. FAVOR CUMPLIR CON LAS PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR DETERIORO DE LA SALUD. CUIDAR LA HIGIENE Y POSTURA DE LA COLUMNA. USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL.							
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: IRAZABAL ROSALES JESUS LENIN

R. M.: 1199468

L.S.O.: 8268



Dr. Lenin J. Irazabal R.
Médico Salud Ocupacional
Licencia SST N°2268
Reg. MTR 9-9468



Aspirante o Trabajador

Marta Arias

Firma:

Nombre: MAYRA ALEJANDRA ARIAS LEON

CC: 1000378273

Código de Seguridad

O1351U1A16070