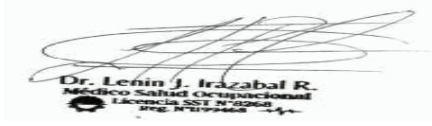


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 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 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) | | | | | | | |
| 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 | | | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONAL | | USO DE EPP | | | HÁBITOS SALUDABLES | | |
| | | PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR | | |
| | | SVE OSTEOMUSCULAR | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | | |
| | | CAPACITACIÓN | | | 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 ALIMENTICIÓN 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



Código de Seguridad

O1351U1A16070

Aspirante o Trabajador

Mayra Arias

Firma: _____

Nombre: MAYRA ALEJANDRA ARIAS LEON

CC: 1000378273