



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.347

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	09 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)							
LASO MIREYA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	61 AÑOS 11 MESES 15 DÍAS	CC	36275377
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: PACIENTE EN TERAPIA PARA SINDROME TUNEL DEL CARPO, SE RECOMIENDA CONTINUAR CON TERAPIA FISICA							
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 : CONTROL CON FISIATRIA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		SVE OSTEOMUSCULAR			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
USAR CORRECCIÓN VISUAL					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. RECOMENDACIONES SINDROME TUNEL DEL CARPO EVITAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN MOVIMIENTOS REPETITIVOS, COMO ESCRIBIR DURANTE LARGOS PERIODOS, USAR EL RATÓN O REALIZAR TRABAJOS MANUALES QUE REQUIERAN MOVIMIENTOS CONSTANTES DE LA MUÑECA, PORQUE PUEDEN AGRAVAR LOS SINTOMAS. ES IMPORTANTE HACER PAUSAS FRECUENTES Y ALTERNAR TAREAS. MANTENER LAS MUÑECAS EN UNA POSICIÓN NEUTRA, SIN FLEXIÓN EXCESIVA, NI EXTENSIÓN, PARA REDUCIR LA PRESIÓN SOBRE EL NERVIIO MEDIANO.							
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: CC: 51990605 - MARIA DEL PILAR GORDILLO

R. M.: 25138/1995

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



Código de Seguridad

G1351M1S28347

Aspirante o Trabajador

A handwritten signature of Lasso Mireya.

Firma:

Nombre: LASSO MIREYA

CC: 36275377