



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.011

| | | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 18 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) | | | | | | | |
| LUZ ESTELLA BELTRAN | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | FEMENINO | 60 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS | CC | 51725501 |
| 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 | | |
| | | USO DE EPP | | | HÁBITOS SALUDABLES | | |
| | | PÁUSAS 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. SE OBSERVA EN OPTIMA CONDICIÓN FÍSICA DE SALUD AL MOMENTO DE LA CONSULTA MÉDICA. DEBE MANTENER UNA BUENA ALIMENTACIÓN, EJERCICIOS FÍSICOS Y/O DEPORTES, EVITAR ANSIEDAD, ESTRÉS Y MAL HUMOR. DEBE CUIDAR SU SALUD A TRAVÉS DE BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTICIÓN Y EJERCICIOS. FAVOR CUMPLIR CON LAS PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR DETERIORO DE LA SALUD. | | | | | | | |
| 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 | | | | Aspirante o Trabajador | | | |
| Firma: _____ Nombre: IRAZABAL ROSALES JESUS LENIN | | | | Firma: _____ Nombre: LUZ ESTELLA BELTRAN | | | |

R. M.: 1199468

L.S.O.: 8268

Código de Seguridad

CC: 51725501

X1351D1J16011