



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.590

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	02 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				CENTRO DE COSTOS EVER			
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)							
LILIA PATRICIA DIAZ LAMPREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	55 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	CC	51890688
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON RECOMENDACIONES							
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	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
			SVE OSTEOMUSCULAR			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CONTINUAR CONTROLES MÉDICOS EN EPS POR PATOLOGÍA DE BASE, VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR HALLAZGO OSTEOMUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORES, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, PUEDE REALIZAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE LAS MUÑECAS MENOR AL 50% DE LA JORNADA LABORAL, EVITAR MOVIMIENTOS DE PREHENSIÓN O AGARRE CONTINUO DE LAS MANOS (EJEMPLO EXPRIMIR)							
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: DOMINGUEZ GARCIA LAURA MARIA R. M.: 1098762624 L.S.O.: RES. 06125 - 31/07/2022 Código de Seguridad T1351Z1F13590				 Firma: _____ Nombre: LILIA PATRICIA DIAZ LAMPREA CC: 51890688			