



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 13.707

| | | | | | | | |
|--|---------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 04 DÍA | 03 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 | | | | 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte) | | | | | | | |
| SANDRA MILENA LONDOÑO SEPULVEDA | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | FEMENINO | 46 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS | CC | 52285141 |
| Apellidos y Nombres | | | | | Tipo | Número | |
| Cargo 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 : SEGUIMIENTO | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | | |
| AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL | | SVE OSTEOMUSCULAR | | | DIETA BALANCEADA | | |
| | | NO ALZAR PESO MAYOR DE : 8 KG | | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| REQUIERE CONTINUAR SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO MÉDICO POR ESPECIALISTA TRATANTE EN EPS. SE GENERAN RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS POR PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR DE BASE: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, PREVENIR POSTURAS FORZADAS, ANTIGRAVITACIONALES O FUERA DE LOS ÁNGULOS DE CONFORT DE LOS CODOS, MANOS, MUÑECAS BILATERALMENTE, O AGARRES CONTRA RESISTENCIA ALTA, PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DE FLEXO EXTENSIÓN DE MUÑECAS BILATERALMENTE O AGARRES SOSTENIDOS POR UN MÁXIMO DE 50% DE LA JORNADA DE TRABAJO, PUEDE EXPONERSE A TEMPERATURAS BAJAS DE ORIGEN LABORAL COMO EL CASO DE NEVERAS O DISPOSITIVOS DE CONGELAMIENTO CON TEMPERATURAS QUE NO SEAN INFERIORES A 8°C, FAVORECER CAMBIOS POSTURALES ENTRE SEDESTACIÓN Y BIPEDESTACIÓN, SIN PERMANECER EN UNA MISMA POSICIÓN DURANTE MÁS DE 2 HORAS CONTINUAS, PUEDE SUBIR Y BAJAR ESCALERAS CON BAJA FRECUENCIA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZÁNDOLO CON TÉCNICA ADECUADA, HACIENDO USO DE BARANDAS Y DESPLAZANDOSE 1 ESCALÓN A LA VEZ. PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO IMPLIQUE POSTURA DE CUCILLAS O RODILLAS MIENTRAS PRESENTE CRISIS INFLAMATORIA EN MIEMBROS INFERIORES. MANTENER BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL | | | | | | | |
| 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:



Dra. Laura Domínguez García
Médico
Especialista en Salud Pública
Especialista en Salud en el Trabajo
Resolución 06125

Nombre: DOMINGUEZ GARCIA LAURA MARIA

R. M.: 1098762624

L.S.O.: RES. 06125 - 31/07

Código de Seguridad**B1351H1N13707****Aspirante o Trabajador**

Firma:



Nombre: SANDRA MILENA LONDOÑO SEPULVEDA

CC: 52285141

