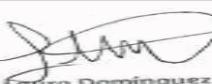


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 13.618

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	02 MES	2024 AÑO	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)						
LILIA JANETH INFANTE			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			FEMENINO	42 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS	CC	52986784
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 <input checked="" type="checkbox"/> -----						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS		SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO	
		SVE OSTEOMUSCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
REQUIERE VALORACIÓN PRIORITARIA POR REUMATOLOGÍA EN EPS PARA MANEJO MÉDICO DE PATOLOGÍA DE BASE, AJUSTE DE TRATAMIENTO Y EVALUAR LA PROBABLE PRESENCIA DE SÍNDROME INDUCIDO POR MEDICAMENTOS. PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES MANUALES QUE NO IMPLIQUEN MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE LOS DEDOS DE LAS MANOS MAYOR AL 50% DE LA JORNADA DE TRABAJO, NI MOVIMIENTOS DE PREHENSIÓN NI AGARRE CONTINUO CON LAS MANOS (POR EJEMPLO EXPRESAR O SUJETAR CON FUERZA DE MANERA CONTINUA), PUEDE EXPONERSE A TEMPERATURAS BAJAS DE ORIGEN LABORAL COMO NEVERA O DISPOSITIVOS DE CONGELACIÓN QUE NO SEAN INFERIORES A 8°C						
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			
 Dra. Laura Domínguez García Médico Especialista en Reumatología de la Salud en el Trabajo Resolución 06125			 Lilia Janeth Infante			
Firma: _____			Firma: _____			
Nombre: DOMINGUEZ GARCIA LAURA MARIA			Nombre: LILIA JANETH INFANTE			
R. M.: 1098762624			L.S.O.: RES. 06125 - 31/07 Código de Seguridad A1351G1M13618			
CC: 52986784						