



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.521

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	04 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA)	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ICBF							
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)							
VALVERDE TRIANA DIEGO ALEJANDRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	28 AÑOS 1 MESES 28 DÍAS	CC	1081415604
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL				MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)			
AUDIOMETRIA SOD				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN			SVE AUDITIVO			CONTROL DE PESO	
			SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
			SVE OSTEOMUSCULAR				
			CAPACITACIÓN : ERGONOMIA				
			OTROS : INGRESAR AL PROGRAMA ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL, REALIZAR PREPARACIÓN EN MANEJO DEFENSIVO				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006

L.S.O.: 1376/2021



Código de Seguridad

E631K1Q24521

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: VALVERDE TRIANA DIEGO ALEJANDRO

CC: 1081415604