



N° 24.521

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 LABORÓ 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				✓	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRÍA)			✓
AUDIOMETRÍA SOD				✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN		SVE AUDITIVO			CONTROL DE PESO			
		SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA			
		SVE OSTEOMUSCULAR						
		CAPACITACIÓN : ERGONOMÍA						
		OTROS : INGRESAR AL PROGRAMA ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL, REALIZAR PREPARACIÓN EN MANEJO DEFENSIVO						
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
<p>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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>								

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