



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 16.873

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
12 DÍA	02 MES	2024 AÑO	Cali (Valle del Cauca, Colombia)			
Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULAR				PARTICULAR		
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)						
FAJARDO JARAMILLO ALFREDO				Genero	Edad	Documento de Identificación
				MASCULINO	44 AÑOS 3 MESES 18 DÍAS	CC Tipo
Apellidos y Nombres						
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON CONDICIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO 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:						
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				DROGAS DE ABUSO (COCAINA,MARIHUANA,ANFETAMINAS,MORFINA, BARBITÚRICOS,BENZODIACEPINA,METADONA)		✓
AUDIOMETRÍA				EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓
OPTOMETRÍA				-----		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CERCANA					HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
					HACER DEPORTE	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL. NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES						
<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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>						
Médico			Aspirante o Trabajador			
 PAOLA ANDREA DONNEYS <small>Médico General Especialista en Salud Ocupacional RM: 761085 - LSO: 000001- SSATL Cali</small>			 Firma: _____ Nombre: FAJARDO JARAMILLO ALFREDO CC: 94445171			
Firma: _____			Firma: _____			
Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA			Nombre: FAJARDO JARAMILLO ALFREDO			
R. M.: 761085			L.S.O.: 1622-21			
Código de Seguridad			CC: 94445171			
T837Z1F16873						