

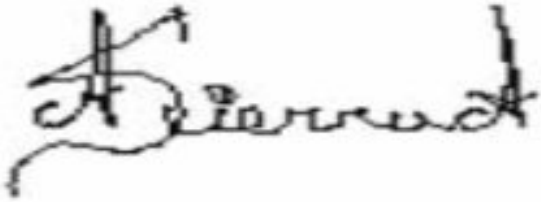


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.291

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	04 MES	2025 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - PSICOSENSOMETRICO - TOXICOLOGICO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE CONTADO				INDEPENDIENTE			
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)							
ARIAS SILVA MARIA ADALGISA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	53 AÑOS 10 MESES 30 DÍAS	CC	21788160
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGIA NO RESTRICTIVA							
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 OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA				TOXICOLOGICO II PARAMETROS			
AUDIOMETRIA				PSICOSENSOMETRICA			
VISIOMETRIA POR OPTOMETRA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU ENTIDAD DE SALUD.				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE.				SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-EXAMEN OSTEOMUSCULAR- CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS.</p> <p>-VISIOMETRÍA- REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.</p> <p>-AUDIOMETRÍA- NORMAL</p> <p>-PSICOSENSOMÉTRICO- APTO SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014.</p> <p>-TOXICOLÓGICO II PARÁMETROS-(VER ANEXO)</p> <p>-SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA EL CARGO AL CUAL ASPIRA.</p> <p>-SE LE RECOMIENDA CONSULTAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, EVALUACION Y PLAN DE MANEJO DE SU ALTERACION DEL PESO POR DIETETICA Y NUTRICION.</p> <p>-EL EJERCICIO REGULAR AL MENOS 5 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA, MEJORA EL ESTADO GENERAL.</p> <p>-ALTERNAR POSTURA DURANTE LA JORNADA LABORAL. SI LA POSTURA PRINCIPAL ES EN SEDENTE (SENTADO), SUGERIMOS QUE, POR CADA 2 HORAS DE TRABAJO CONTINUO EN ESTA POSICIÓN, ALTERNE DURANTE 5 MINUTOS BÍPEDA (DE PIE).</p> <p>-SE RECOMIENDA EVITAR LA ADOPCIÓN DE POSTURAS DE RODILLAS O CUCLILLAS. EN LO POSIBLE, UTILICE UNA BANCA BAJA PARA SENTARSE Y EVITAR FLEXIÓN FORZADA DE LA CADERA O RODILLA. EN LOS CASOS EN QUE REQUIERA ADOPTAR ALGUNA DE ESTAS POSTURAS, HACERLO POR UN TIEMPO MÁXIMO HASTA DE 2 MINUTOS CONTINUOS.</p>							
<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



Firma: _____

Nombre: SIERRA ARANGO ALEJANDRO ALBERTO

R. M.: 60090095

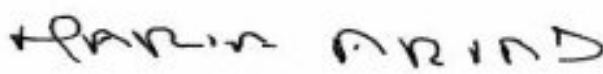
L.S.O.: S2016060090095



Código de Seguridad

M1070S1Y13291

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: ARIAS SILVA MARIA ADALGISA

CC: 21788160