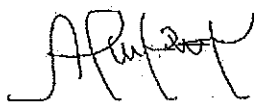
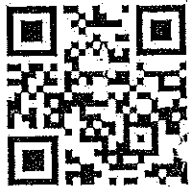
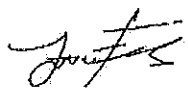




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 37.525

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	11 MES	2023 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES			
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)						
GIRALDO GAVIRIA JUAN FERNANDO		Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres		MASCULINO	19 AÑOS 1 MESES 24 DÍAS	CC	1018226206	
				Tipo	Número	
CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO						
Observaciones: <i>NO APLICA</i>						
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 OSTEDMUSCULAR		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓	
AUDIOMETRÍA		✓	PANEL MULTIDROGA POR 5		✓	
VISIOMETRÍA		✓				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS; CONSULTAR CON MÉDICO Y NUTRICIONISTA PARA MEJORAR SU PESO CORPORAL		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PÁUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO		HÁBITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA		
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>						
Médico		Aspirante o Trabajador				
 Firma: _____ Nombre: SOSA ALVAREZ ALEX				 Firma: _____ Nombre: GIRALDO GAVIRIA JUAN FERNANDO		