



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.989

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	07 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS			
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)							
MOSQUERA HINESTROZA MAGNO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	26 AÑOS	CC	1028029638
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Car. <b>AUXILIAR CONTABLE</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
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 MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				GLICEMIA			
VISIOMETRÍA							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
			SVE OSTEOMUSCULAR			CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
<b>OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
- GLUCOMETRIA NORMAL							
<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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.</p>							
<b>Médico</b>   Firma: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.:				<b>Aspirante o Trabajador</b>   Firma: _____ Nombre: MOSQUERA HINESTROZA MAGNO CC: 1028029638			
 Código de Seguridad <b>R117X1D26989</b>							

## RECOMENDACIONES

Paciente: MOSQUERA HINESTROZA MAGNO

Fecha: 04/07/2023

Identificación: CC: 1028029638

Fecha Nacimiento: 02/12/1996

Cargo: AUXILIAR CONTABLE

Edad: 26 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 100 #48A42

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

## MÉDICO

*Raul Ospina*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O

## PACIENTE

*Mosquera Hinestroza Magno*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: MOSQUERA HINESTROZA MAGNO

CC: 1028029638