



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.223

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
16 DÍA	09 MES	2021 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PRECOLOMBINA DE TURISMO ESPECIALIZADO S.A.S.			PRECOLOMBINA DE TURISMO ESPECIALIZADO S.A.S.		
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)					
CIFUENTES HENAO JAIRO ALONSO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	36 AÑOS 10 MESES 2 DÍAS	CC 15447679
				Tipo	Número
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO					
Observaciones: DEBE USAR LENTES PARA CONDUCIR					
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 OSTEOMUSCULAR			✓	VISIOMETRÍA ✓	
AUDIOMETRÍA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR MANEJO CON NUTRICIONISTA EN EPS		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
		EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
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.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Liliana Pérez Aguirre Médica U.de.A. Especialista S.O. R.M.: 54389-10 L.S.O.: 053383					
Firma:			Firma:		
Nombre: PEREZ AGUIRRE LILIANA MARIA			Nombre: CIFUENTES HENAO JAIRO ALONSO		
R. M.: 54389-10		L.S.O.: 053383		Código de Seguridad CC: 15447679	
N835T1Z7223					