



N° 39.965

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	11 MES	2024 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)						
VASQUEZ BUSTOS SARA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			FEMENINO	20 AÑOS	CC	1000417471
					Tipo	Número
Cargo ADMINISTRATIVO						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)						
Observaciones: <i>NO APLICA</i>						
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES		
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNNA		✓		GLICEMIA		
VISIOMETRÍA		✓		-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE		SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						
VALORACIÓN POR EPS						
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
GLUCOMETRIA NORMAL						
- DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD)						
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 verdicas. 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.						
Médico			Aspirante o Trabajador			
Firma: <i>Raul Ospina</i>			Firma: _____			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO			Nombre: VASQUEZ BUSTOS SARA			
R. M.: 5065404			CC: 1000417471			
L.S.O.: S201706010407			Código de Seguridad: V117B1H39965			

RECOMENDACIONES

Paciente: VASQUEZ BUSTOS SARA

Fecha: 05/11/2024

Identificación: CC: 1000417471

Fecha Nacimiento: 14/02/2004

Cargo: ADMINISTRATIVO

Edad: 20 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 22 # 60 38 BELLO

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

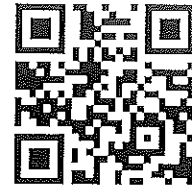
R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: VASQUEZ BUSTOS SARA

CC: 1000417471



Código de Seguridad
Y117E57K39965



N° 39965

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	11 MES	2024 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)							
VASQUEZ BUSTOS SARA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	20 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS	CC	1000417471
						Tipo	Número
Cargo ADMINISTRATIVO							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raúl Zapata

Cara del Zulek

SARA

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075
Especialidad:

Documento: 195740587
Nombre:
Fecha: 5/17/2024

Documento: 1000417471
Nombre: Sara Vasquez Bustos
Fecha: 05/17/2024

①

②