

| | | |
|--|---|---|
| Ciudad: MANIZALES | Fecha: 31-08-2022 |  |
| Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS | Cargo: CONSTRUCTOR | |
| Nombre completo: ANDRES MAURICIO ESPINEL SUAREZ | Fecha de nacimiento: 27-07-1979 | |
| Tipo de Documento: CÉDULA DE CIUDADANÍA | Número de identificación: 75091464 | |
| Dirección: CAMPAMENTO | Edad: 43 | |
| EPS: EPS SURA | Teléfono: - 3177061213 | |
| ARL: | Sexo: HOMBRE | |
| Tipo de Examen: INGRESO | | |

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR

AUDIOMETRÍA: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

ESPIROMETRÍA: NORMAL: SIN ALTERACIONES VENTILATORIAS

VIOSIMETRÍA: OPTOMETRÍA: VISIÓN BILATERAL NORMAL

OTROS: EXAMEN PSICOSENSOMETRICO - TEORICO PRACTICO CON APTITUD

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, BAJAR DE PESO, MEJORAR HÁBITOS ALIMENTICIOS, OPTOMETRÍA ANUAL, ESTIRAMIENTO DIARIO, BAJAR DE PESO SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE, MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LA COVID19: LAVAR LAS MANOS, MANTENER UNA DISTANCIA DE SEGURIDAD CON PERSONAS, LIMPIAR Y DESINFECTAR LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TIENES CONTACTO Y PROCURAR EL USO DE TAPABOCAS EN REUNIONES O AGLOMERACIONES. LAS DEMÁS RECOMENDADAS DADAS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN SST DE LA EMPRESA.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (P.V.E.)

VISUAL, CUÁL: ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA REFRACTARIA, DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USAR EPI (ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL), EN ESPECIAL: ACATAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO PARA EVITAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES, BUSCAR ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ORDEN Y ASEO EN SU PUESTO DE TRABAJO, AVISAR CUALQUIER INCIDENTE O EVENTO PARA LA SALUD QUE LE SUCEDA INMEDIATAMENTE POR PEQUEÑO QUE PAREZCA, CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS EN EL DESARROLLO DE SU LABOR, SI REALIZA TAREAS DE ALTO RIESGO VERIFICAR SIEMPRE EL ESTADO DE SUS HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANTES DE INICIAR Y DAR AVISO DE LAS CONDICIONES PELIGROSAS.

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES.

CONCEPTO MÉDICO:

COLABORADOR SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE.

VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR SIN LIMITACIÓN O SECUELAS FÍSICAS QUE IMPIDAN REALIZAR LA LABOR

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS DENTRO DE LA NORMALIDAD

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paracílico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgo del examen médico y/o paracílico(s) ocupacional(es), a partir de la respectiva asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaran el(os) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Centro Médico Belén para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional. Las respuestas dada por mi en este(os) son verídicos y son completos. Autorizo a la Centro Médico Belén para que suministre a mi empresa y/o a las entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación.




FIRMA MÉDICO

NOMBRE MÉDICO: VIVIANA ZULUAGA CARDONA

REGISTRO MÉDICO: 17021

FIRMA PACIENTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA: 75091464