CONSULTORIO MEDICO

Juan David Orozco M
Medico Especialista en Salud Ocupacional
NIT 71.610.727
Tel. 557 7649 - Cel 317 331 4448
Calle 38A Sur N° 41-71 Con.201
juandamolina111@gmail.com
Envigado (Antioquia)



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.717

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	**05** MES	**2021** AÑO	**ENVIGADO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES AL CONTADO**
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)

USUGA BOLIVAR LILIANA MARIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	42 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS	CC	43865416
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
NO PRESENTA PATOLOGÍA ORGÁNICA O ALTERACIÓN FÍSICA O FUNCIONAL QUE PUEDA INTERFERIR CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO SATISFACTORIO*

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:

OPTOMETRÍA	✓	VALORACIÓN MÉDICO ESPECIALISTA S.OCUPACIONAL	✓
GLICEMIA	✓	AUDIOMETRIA TAMIZ	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	HABITOS SALUDABLES
	PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS QUE SE MANEJEN EN SU OFICIO COMO INSTRUCTORA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO : USAR PROTECCIÓN AUDITIVA	CONTROL DE PESO : PRESENTA SOBREPESO
	ADECUADA EN AMBIENTES RUIDOSOS. EVITAR USO DE AUDÍFONOS	
VALORACIÓN POR EPS : PARA CITOLOGÍA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ONCOLÓGICA VAGINAL DE CONTROLY TRATAMIENTO DE HIPERCOLESTEROLEMIA		
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : EN PREVENCIÓN DE RIESGOS	DIETA BALANCEADA
	LABORALES ESPECIALMENTE EN PREVENCIÓN DE RIESGO ERGONÓMICO Y EN LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

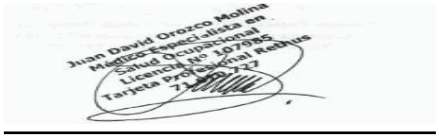
LUEGO DE REALIZAR EXAMEN MÉDICO GENERAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA CARDIOVASCULAR, SISTEMA OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRÍA TAMIZ, TAMIZAJE VISUAL Y LABORATORIO CORRESPONDIENTE, SE CONSIDERA QUE LA TRABAJADORA NO TIENE RESTRICCIONES MÉDICAS PARA REALIZAR LA LABOR ENCOMENDADA COMO INSTRUCTORA

GLICEMIA Y PERFIL LIPÍDICO EN LÍMITES NORMALES. PRESENTA UNICAMENTE AUMENTO LEVE DEL COLESTEROL SANGUINEO

REQUIERE EVALUACIÓN POR MÉDICO GENERAL EN SU EPS PARA TRATAMIENTO Y CONTROL DE HIPERCOLESTEROLEMIA LEVE.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

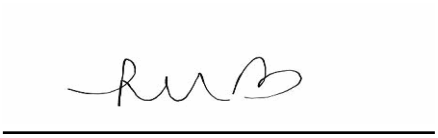
Nombre: OROZCO MOLINA JUAN DAVID

R. M.: 4303 **L.S.O.:** 107985

Código de Seguridad

O571U1A2717

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: USUGA BOLIVAR LILIANA MARIA

CC: 43865416