IPS SERMED SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS S.A.S

NIT 900826855-1

Calle 68a Sur 48d - 53 - PBX 456 56 86 - Cel. 310 287 62 12



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 131

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	12 MES	2017 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

BUITRAGO GONZALEZ LUZ DARY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	45 AÑOS 5 MESES 9 DÍAS	CC	52126501
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

PROFESIONAL DE APOYO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *TRASTORNO CIRCULATORIO SUPERFICIAL (VÁRICES) LEVE. DEFECTO DE REFRACCIÓN DE LEJOS (CON CORRECCIÓN).*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	NO APLICA
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO APLICA
CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO APLICA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
PERMANECER LARGOS PERIODOS DE PIE O SENTADA	PERMANENTE	DEAMBULAR Y CAMBIOS DE POSTURA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPECIALISTA : ANGIOLOGÍA		HACER DEPORTE
		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 implicaciones, 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

Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia Salud Ocupacional 11200/S.D.S

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 011825 L.S.O.: 11200

Aspirante o Trabajador

Firma: Luz Dary Buitrago G

Nombre: BUITRAGO GONZALEZ LUZ DARY

CC: 52126501

Software para el sector salud - www.biofile.com.co