Organización Clínica La Toscana S.A.S.
Nit. 901186766-1
Calle 84 No 19A- 25 Antiguo Country- Bogotá D.C.
Cel. 311 4569612
info@clinitoscana.com.co



CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

N° 5.703

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	06 MES	2021 AÑO	BOGOTA (BOGOTA D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

SUB RED SUR OCCIDENTE	SUB RED SUR OCCIDENTE
Acuerdo Comercial	Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ALFONSO VARGAS GINA MARCELA	Genero	Edad		documento de Identificación
	FEMENINO	29 AÑOS	CC	1032453051
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL UNIVERSITARIO I

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *ALTERACION METABOLICA. ALTERACION ALERGICA*

NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

SEROLOGIA	✓	TUBERCULINA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

IMC: 26,40. 1) EVITAR CONTACTO CON LA PENICILINA, 2) CONTROL DE PESO

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.

Medico	Aspirante o Trabajador
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: GOMEZ BOTERO CARLOS FERNANDO	**Nombre:** ALFONSO VARGAS GINA MARCELA
R. M.: 70088825 **L.S.O.:** 70088825	**CC:** 1032453051

Wilmer Garzón
14/07/2021 Riesgo 3