Nit 901.019.120-8 /Calle 39 sur #40-63
PBX 444 8326/ Cel 313 3130653
info@dplaboral.com



Nº 24.527

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	06 MES	2021 AÑO	ENVIGADO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO PREOCUPACIONAL

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)

CASTRILLON MARIN IRMA NURY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	59 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC	42881563
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INDEPENDIENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *TRASTORNO DE LA REFRACCION / DM 2*

NO SE EVALUARÓN 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SE RECOMIENDA CONTINUAR TTO Y CONTROLES MEDICOS DE SU PATOLOGIA DE BASE POR LA ESPECIALIDAD MEDICA TRATANTE DE SU EPS	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISUALMENTE APTO PARA SUS ACTIVIDADES LABORALES CON RX EN GAFAS DE USO PERMANENTE	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
ESPECIALISTA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZÓ EXAMEN VISUAL OCUPACIONAL, AUDIOMETRIA, VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR COMO BASES PARA EMISIÓN DEL CONCEPTO.
CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: PACIENTE EN EL MOMENTO APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL), CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES GENERALES:
- INDIVIDUALES: SE RECOMIENDA CONTINUAR TTO Y CONTROLES MEDICOS DE SU PATOLOGIA DE BASE POR LA ESPECIALIDAD MEDICA TRATANTE DE SU EPS, ALIMENTACION BAJA EN CARBOHIDRATOS. SE RECOMIENDA CORRECCION OPTICA DE USO PERMANENTE FORMULADA POR OPTOMETRA, Y CONTINUAR EN CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA,, EJERCICIO REGULAR POR SEMANA (150 MIN DIVIDIDOS EN VARIOS DÍAS), HÁBITOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
- PARA EL CARGO: CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y LESIONES PROPIOS DEL OFICIO Y SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS SEGÚN EL RIESGO DE LA LABOR A REALIZAR, UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONA, REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDEN SER GENERADORAS DE ACCIDENTES LABORALES, GUARDAR MEDIDAS Y HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL SU PUESTO DE TRABAJO Y PRACTICAR PAUSAS ACTIVAS (PREVENTIVAS) CADA 2 HORAS EN LA JORNADA LABORAL DE 3 A 5 MINUTOS O SEGÚN LO DISPONGA INTERNAMENTE EL SGSST DE SU EMPRESA, CAPACITAR EN LAS TÉCNICAS APROPIADAS DE LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE DE CARGAS SEGÚN LOS EXIJA O AMERITE SU EJERCICIO LABORAL. REALIZAR VERIFICACIONES Y CONTROLES PERIÓDICOS DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO CADA VEZ OCURRA, CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS NORMAS DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA EMPRESA, SEGUIR LAS MEDIDAS DE AUTOPROTECCIÓN Y BIOSEGURIDAD INDICADAS POR EL MIN. SALUD PARA COVID-19.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: LA PRESENTE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE SE REALIZA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19, SE LLEVA A CABO DE FORMA INTEGRAL, TENIENDO EN CUENTA LA ENCUESTA DE SÍNTOMAS, PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS Y VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS O CONDICIONES QUE LO ENMARQUEN EN UNA POBLACIÓN DE MANEJO ESPECIAL O DE MAYOR RIESGO DE COMPLICACIÓN EN CASO DE SUFRIR LA INFECCIÓN, EN CONCORDANCIA CON LO QUE ESTABLECEN LAS RESOLUCIONES 464 Y 666 DE 2020 Y LO DEFINIDO EN LA CIRCULAR NO 30 DE 2020, DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 'CUALQUIER HALLAZGO SIGNIFICATIVO ENCONTRADO EN RELACIÓN A LA ACTUAL PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO E IMPLICACIONES OCUPACIONALES. ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE A FUTURO EL TRABAJADOR NO PADEZCA LA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA AL RESPECTO, SERÁ PERTINENTE QUE SE LE HAGA UNA NUEVA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD. POR TODO LO ANTERIOR SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS GENERALES Y ESPECÍFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD DE CADA EMPRESA Y EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIOS DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

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		**Aspirante o Trabajador**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	MERCADO ROJAS TEDDY FRANK	**Nombre:**	CASTRILLON MARIN IRMA NURY
R. M.:	010196 **L.S.O.:** 20792	**CC:**	42881563