UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL

MORA GONZALEZ S.A.S

NIT. 805 020 878 - 5

Resolución 0320 / 21 marzo 2013
Calle 23 Norte 5 BN 87, Cali - Colombia
Cels. 3162959800 - Tel. 6686528
E-mail. citas@unidadmedicaocupacional.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.394

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	06 MES	2021 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO PRE OCUPACIONAL O DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CAICEDO PALACIOS YULIETH	FEMENINO	44 AÑOS 1 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	66997486 (Número)

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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 INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONSULTAR A LA EPS PARA VALORACIÓN POR : MEDICO GENERAL Y DIETISTA NUTRICIONISTA DEBIDO OBESIDAD TIPO I	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
CONTROL DE PESO	REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS E INGRESAR EN SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	EJERCICIO REGULAR
	HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN SALUDABLE
	PAUSAS ACTIVAS	
	CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE COVID 19: SE REALIZO ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA AL INGRESO DE LA INSTITUCION, NIEGA FIEBRE, CANSANCIO, TOS, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA, PERDIDA DEL SABOR O EL OLFATO. MANIFIESTA QUE NO HA TENIDO CONTACTO CON ALGUIEN, CON DIAGNOSTICO POSITIVO O CON PRESUNCION DE COVID-19. , EN LOS ULTIMOS 14 DIAS. SE REALIZA TOMA DE TEMPERATURA. SE ESTABLECE DISTANCIAMIENTO EN LA SALA DE ESPERA.

BIOSEGURIDAD DEL COVID-19
LA ATENCION BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO EL USO ADECUADO, DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GUANTES, TAPABOCAS, BATA Y CARETA), LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE GENERAL DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION DE CADA PACIENTE, CON EL FIN DE EVITAR EL CONTAGIO DEL NUEVO CORONAVIRUS LLAMADO COVID-19

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

Médico

Firma:

Eric Valdés Guzmán
Medico Especialista
Salud Ocupacional
Lic.045 29/01/2018 SDSV

Nombre: VALDES GUZMAN ERIC

R. M.: 14373 L.S.O.: 045 29-01-2018 SDSV

Código de Seguridad
K171Q1W32394

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAICEDO PALACIOS YULIETH

CC: 66997486

