MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 84.236

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	03 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON CERTIFICACIÓN EN ALTURAS**

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

Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**
RIGAR S.A.S	**RIGAR S.A.S**

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

OSORIO PEREZ YEISON ARMANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS 5 MESES 25 DÍAS	CC	91534201
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TECNICO ELECTRICISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON CERTIFICACIÓN EN ALTURAS	✓
ESPIROMETRÍA	✓	HEMOCLASIFICACION	✓
GLICEMIA	✓	ANEXO DE VERTIGO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
REMISIÓN EPS	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
----------	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MANTENER ESTILOS DE VIDA Y LABORALES SALUDABLES. IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, DISMINUCIÓN DE SAL Y AZÚCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MINIMO 3 VECES POR SEMANA). MANTENER HIGIENE POSTURAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. SE RECOMIENDA ASISTIR A CONSULTA POR SU EPS PARA MANEJO DE ENFERMEDAD DE ORIGEN COMUN.

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: ROMERO GARCIA WALTER FERNANDO	**Nombre:** OSORIO PEREZ YEISON ARMANDO
R. M.: 9898 **L.S.O.:** 9227	**CC:** 91534201