SERVIR ODONTO MEDICINA C.R.C.

ODONTO-MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin
Cel. 3209522791 - Tel. 097 8891396 - E-mail. jlgomez118@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.533

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	01 MES	2021 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL 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)

GAMBOA VILLAMIZAR JULIO CESAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC	1098663059
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CUESTIONARIO COVID - 19	✓	TRIGLICERIDOS	✓
AGUDEZA VISUAL	✓	LDL	✓
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	HDL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : BIOSEGURIDAD	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS, GAFAS DE SEGURIDAD, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIÓDICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS

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

Firma: 

Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS

R. M.: CMC2017-22575 **L.S.O.:** 81-1217

Código de Seguridad

P678V1B2533

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: GAMBOA VILLAMIZAR JULIO CESAR

CC: 1098663059