DPLaboral
Diagnóstico y Prevención Laboral

NIT: 901.019.120-8
Calle 39B Sur # 36 - 35 Barrio Mesa, Envigado - Colombia
PBX: 444 83 26
Cel: 313 313 0653
Correo: info@dplaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.019

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	06 MES	2020 AÑO	ENVIGADO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	CONSEJO DE ENVIGADO
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)

LARA ARIAS ELIZABETH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	27 AÑOS 6 MESES 27 DIAS	CC	1036643046
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
COMUNICADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	NO APLICA

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	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE ASINTOMÁTICO,NO HA TENIDO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES, NIEGA CONTACTO CON PERSONAS SOSPECHOSAS O CONFIRMADAS DE COVID 19, SE DAN INDICACIONES SOBRE CUIDADO EN CASA,USO DE TAPABOCAS ESTRICTO AL SALIR DE CASA Y LAVADO DE MANOS FRECUENTE.

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES INDIVIDUALES:
- AUDIOMETRÍA: EN OD AUDICIÓN NORMAL
- OSTEOMUSCULAR: SIN LESIONES OSTEOMUSCULARES QUE ALTEREN SU CAPACIDAD MUSCULAR
- EXAMEN VISUAL OCUPACIONAL: VISUALMENTE APTO PARA SUS ACTIVIDADES LABORALES.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- HÁBITOS SALUDABLES: DIETA ADECUADA Y EJERCICIO FÍSICO 150 MINUTOS A LA SEMANA.
- REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDEN SER GENERADORAS DE ACCIDENTES LABORALES.
- UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SI LO AMERITA.
- CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS NORMAS DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.
- REPORTAR TODO INCIDENTE Y ACCIDENTE LABORAL QUE OCURRA.
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

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:	OSSABA RESTREPO LIZ STEPHANY	**Nombre:**	LARA ARIAS ELIZABETH
R. M.:	05-5995-15 **L.S.O.:** 2018060366287	**CC:**	1036643046