IPS Medicina Ocupacional de Medellín S.A.S.
IPS MEDOMED
NIT. 900421862-1
Carrera 43 # 29 - 35 Clínica de Oftalmología San Diego consultorios 411 - 602 - 603
Cel. 3136126316 - Tel. (034) 2129993 - (034) 4276631
E-mail: administrativo@medomed.co - asistente.gerencia@medomed.co
sistemas.ips@medomed.co
Medellín, Antioquia

medomed

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	12 MES	2021 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Tipo	Documento de Identificación
GALEANO VASQUEZ DAYANA	FEMENINO	32 AÑOS 4 MESES 5 DIAS	CC	1037580753

Cargo: ABOGADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR

Observaciones: NO APLICA

N/A: NO SE EVALUARON 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	.....

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BAJAR DE PESO
HABITOS DE VIDA SALUDABLE
ALIMENTACION BALANCEADA
EJERCICIO REGULAR

SE RECOMIENDA TENER PRESENTE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19

ESTAS RECOMENDACIONES NO INTERVIENEN EN LA LABOR A REALIZAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional del cual doy mi consentimiento. 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		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad: E849K1Q12807	Firma
Nombre: ACOSTA SALGADO MARIA JOHANNA		Nombre: GALEANO VASQUEZ DAYANA
R.M.: 23048 L.S.O.: 20210600086852		CC: 1037580753

Impreso el 13/12/2021 a las 11:13 a.m. Página 1 de 1 Sofia en la salud www.sofiaenlasalud.com

Scanned by TapScanner



Escaneado con CamScanner