REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cll. 85 A No 22-32
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos: 7 020903 - 3 001465 - 7 435740
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.655

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	08 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE 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)

MARTINEZ ENCISO LUIS ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 9 MESES 19 DÍAS	CC	1016006336
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ENFERMERO EPIDEMIOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA DESEMPEÑAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO PREO-CUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
SE SUGIERE CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS Y PROFESIOGRAMA ,MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OCUPACIONALES ,SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN ACTIVIDAD , SE DAN PAUTAS DE CUIDADO RESPIRATORIO ESTRATEGIA LAVADO DE MANOS
SE SUGIERE USO CONTINUO DE FORMULA ÓPTICA PERMANENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL, CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL

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

Leonardo Bohorquez G.
Medico Especialista
S.O. Riesgos Laborales
Licencia N° 1787

Firma:

Nombre: BOHORQUEZ GARCIA LEONARDO

R. M.: 82774/11 L.S.O.: 1787/17

Código de Seguridad
B652H1N12655

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARTINEZ ENCISO LUIS ALBERTO

CC: 1016006336

Escaneado con CamScanner