AURIN
AUDIOLOGIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL IPS S.A.S

Nit. 900907721
Tel. 8666975 - Cel. 313 360 6773
Calle 15 No 7- 55 Barrio La Toma
info@aurinips.com
Neiva- Huila- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.651

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2022 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	**PAQUETE DE EXAMENES PARA ALTURAS INGRESO**

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

PARTICULARES	**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)

CAMPOS MUÑOZ HAROL YOSIMAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 7 MESES 24 DÍAS	CC	1075220890
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA OBRA CIVIL

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

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS
SI	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

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 ÉNFASIS ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICERIDOS	✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓
GLICEMIA	✓	OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL Y NUTRICION: MANEJO DE TRASTORNO METABOLICO.	USO DE EPP	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL, OPTOMETRIA NORMAL, AUDIOMETRIA NORMAL, GLICEMIA NORMAL, COLESTEROL NORMAL. TRIGLICERIDOS ANORMAL. NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO EN ALTURAS. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL INTELIGENTE, USO DE TAPACOBAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS. NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL.

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: RODRIGUEZ ACUÑA LILIAN ANGELICA

R. M.: 1701 **L.S.O.:** 1775

Código de Seguridad
W583C1I14651

Aspirante o Trabajador

Firma: linbold campos

Nombre: CAMPOS MUÑOZ HAROL YOSIMAR

CC: 1075220890