



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.935

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
16 DÍA	01 MES	2020 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			CONSULTA DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
MUÑETON HERNANDEZ SINDY JOHANA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	30 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS
			Documento de Identificación	CC 1035854301
			Tipo	Número
PROFESIONAL DE APOYO				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: NO APLICA				
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:				
CONSULTA DE INGRESO, PERIÓDICO, RETIRO ☒				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES PRENATALES EN SU EPS		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN		HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO : CONTROL NUTRICIONAL HACER DEPORTE
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
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		Aspirante o Trabajador		
 Firma:		 Firma:		
Nombre: CORRALES HERNANDEZ JOSE RODRIGO		Nombre: MUÑETON HERNANDEZ SINDY JOHANA		
R. M.: 041216	L.S.O.: 041216-2012	Código de Seguridad W626C1I3935		
		CC: 1035854301		