Servicios Health	CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL	
	CÓDIGO	SO-FOR-02 V1

Fecha 28/11/2017	Ciudad BOGOTA		**Realización de Exámenes** Entrada		Salida				
Tipo de Examen Médico Ocupacional									
INGRESO X	PERIODICO		RETIRO		OTRO		Cual?		
DATOS DEL TRABAJADOR ASPIRANTE									
TIPO DOCUMENTO	CC X	TJ	CE	Numero: 80208117	Edad:	Sexo M X	F		
Nombres y Apellidos: JAIME ENRIQUE DIAZ RICO								Cargo: MEDICO	
Empresa: RED CENTRO DIAGNOSTICO									

EVALUACIONES Y/O PRUEBAS DE APOYO DIAGNOSTICO REALIZADAS			
Examen médico Ocupacional	X	*Laboratorio Clínico*	
Audiometría		*Psicología Ocupacional*	
Optometría y/o Visiometria		*Complementarios y/u Otros*	
Espirómetria			

RESULTADO VALORACION MEDICA OCUPACIONAL					
CONCEPTO	**SI**	**NO**	**CONCEPTO**	**SI**	**NO**
Apto para el Cargo			*Apto para Trabajo en Alturas*		
Apto con Recomendaciones	X		*Apto para Manipulación de Alimentos*		
Apto con Patología que no Interfiere con la labor			*Apto para Espacios Confinados*		
Apto Con Restricciones			*Retiro Sin Patología Ocupacional "Aparente"*		
Aplazado			*Retiro con Patología para Seguimiento en EPS*		
No Apto para el Cargo			*Retiro con Alteraciones en Seguimiento con ARL*		
Se Sugiere Reubicación Laboral Temporal		*Permanente*		*Por motivo de*	

RECOMENDACIONES GENERALES					
CONCEPTO	**SI**	**NO**	**CONCEPTO**	**SI**	**NO**
Pausas Activas	X		*Manejo de Cargas o Posturas*		
Higiene Postural	X		*Realización Pruebas Complementarias*		
Actividad Física	X		*Continuar Manejo Medico EPS*		
Capacitaciones Referente al Cargo			*Remitir a la EPS*		
Uso de E.P.P	X		*Remitir a la ARL*		
Utilización de ayudas Ergonómicas			*Seguimiento Caso por ARL*		
Recomendaciones Dietarías	X		*Manejo Psicolaboral*		
Dejar Hábito de fumar			*Control Periódico Ocupacional*		
Medidas Anti varice	X		*Evitar realizar funciones bajo Influencia de sustancias PSA*		

Servicios Médicos Vital Health	CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL	
	CÓDIGO	SO-FOR-02 V1

RECOMENDACIÓN INCLUSION A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA(SVE)					
SVE	SI	NO	SVE	SI	NO
Ergonómico/Desordenes Musculoesqueleticos (DME)			*Respiratorio*		
Riesgo Cardiovascular (RCV)			*Biológico*		
Visual			*Psicolaboral*		
Auditivo					

Recomendaciones y/o Restricciones Ocupacionales:

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al Profesional médico abajo mencionado a realizar el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento, se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, Entiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud.

Firma del Paciente

Nombre _____

No. Documento_____

Dra Ximena Bastidas
CC: 52.821.808
Especialista
Salud Ocupacional
Universidad del Rosario

Nombre, firma y sello

Registro Medico _____

Licencia S.O _____