CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Salud Ocupacional

Salud integral Empresarial

CMO-02-2016

FECHA: DIA 2 | MES 12 | AÑO 2018

Ciudad: Bogotá D.C

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE (Tipo documento de Identidad, C.C. Cedula de Ciudadanía, C.E. Cedula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad. PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Edad (años)	Documento de Identidad
Diaz Alagon Gloria Marcela	42	Tipo CC No. 52 367 559

Razón social de la empresa que lo contrato o contratara	Razón social de la empresa en la que labora, laborara o laboro
SOBRED Integrada de Servicios de Salud del Sur Occidente	
Nombre centro de trabajo o sede de trabajo	**Cargo**
Red Sur Occidente	Auxiliar de Enfermería

Tipo de examen médico ocupacional (Marque con una X una de las siguientes opciones)

- [X] Pre-ingreso
- [ ] Post-incapacidad
- [ ] Periodico
- [ ] Egreso (Diligencia desde el item 3)
- [ ] Reintegro
- [ ] Cambio de ocupación
- [ ] Otro: _____

2. EXAMEN DE INGRESO- POSTINCAPACIDAD-PERIODICO-REINTEGRO-CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD (Marque con X una de las siguientes opciones)		REQUISITOS DE SALUD (Marque con X el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)	SI	NO	APLAZADO	NO APLICA
Apto sin restricciones para el cargo		Trabajo en alturas				X
Apto con recomendaciones para el cargo	X	Manipular Alimentos				X
Apto con restricciones para el cargo		Brigadista				X
Aplazado		Otros				

Motivo de aplazamiento (aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono Aplazado)

RESTRICCIONES — Aplica en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono con restricciones para el cargo, o cuando NO cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o más tipos de trabajos. Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una X en la casilla Correspondiente, según sea T, temporal o P, permanente.

Cual(es)?	Condiciones o funciones/Tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Recomendaciones

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS:

	SI	NO		SI	NO
Examen Médico	X		Examen de Laboratorio		X
Audiometria		X	¿Cuaal(es)?		
Espirometria		X	Radiología		X
Visiometria		X	¿Cual(es)?		
Examen Optométrico		X	Valoración por Especialistas		X
Electrocardiograma		X	¿Cual(es)?		
			Otros		X
			¿Cual(es)?		

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

3. EXAMEN DE EGRESO

- [ ] Retiro sin patología aparente
- [ ] Retiro con patología para seguimiento EPS
- [ ] Sospecha de Enfermedad laboral
- [ ] En proceso de Calificación de origen de enfermedad (este aspecto sera referido por la persona)

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO S ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD LABORAL O SECUELAS DE EVENTOS LABORALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAT/FUREL) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARL Y EPS)

4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en terminos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

Puede realizar desplazamientos cortos a pie, puede subir y/o bajar escaleras de forma pausada. Manejo de cargas livianas con mucho cuidado, puede realizar actividades con alternancia de tareas, pausas activas. Uso de corrección óptica. SOE ergonomico.

¿Se entrega remisión a EPS? SI [ ] NO [X]

MEDICO

Firma: [signature]

Nombre: Jhordan Camargo Torres

Registro médico: 21903207

Licencia salud ocupacional: Sagrilla

Trabajador o Aspirante: Gloria Marcela Diaz

Firma: Marcela Diaz

No. de Identificación: 52.367.559

Dr. Jhordan Camargo Gómez

Calle 72 No. 81F-30 Sur Bosa - Tels. 775 8604 * 300 552 52 86
E-mail:acgsaludocupacional@gmail.com