IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

**IPS EXISALUD SAS**
**NIT. 901.385.351-0**
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 28.924**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 15 DÍA | 03 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR 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)

| **ALBOR CHADID JORGE DAVID** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 56 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS | CC | 72129442 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSTRUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**PUEDE LABORAL EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES**

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:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| OPTOMETRÍA | ✓ | CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA) | ✓ |
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COL-HDL-LDL-TRIG) | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | PRUEBA PSICOMETRICA | ✓ |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL
LAVADO FRECUENTE DE LAS MANOS USO DE TAPABOCAS
PACIENTE VACUNADO CON DOSIS CONTRA LA COVID 19

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:** Laura Melisa Rojano Gamez Médico Cirujano R M 20038 Esp Salud Ocupacional LO 12022

**Nombre:** ROJANO GAMEZ LAURA MELISA

**R. M.:** 12022 **L.S.O.:** 12022/2016

**Código de Seguridad**
**N739T1Z28924**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ALBOR CHADID JORGE DAVID

**CC:** 72129442