



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.432

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 DÍA	06 MES	2021 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO			
			Ciudad				
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)							
CACERES GIL OSCAR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	48 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC	88203116
Cargo						Tipo	Número
DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÁN 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:							
CUESTIONARIO COVID - 19				CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTOCUIDADO: USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIÓDICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS							
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: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS				Nombre: CACERES GIL OSCAR			
R. M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 81-1217				CC: 88203116			
Código de Seguridad							
R678X1D3432							