SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS
NIT. 59802326
Edificio Santander Calle 19 N 4ª 10 Of 506, Ipiales - Colombia
Cel. 3166217166 - E-mail. consultoriomdsoadritarciniegas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 636

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2022 AÑO	IPIALES (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL 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)

GUERRERO REINA JAIRO ENRIQUE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	53 AÑOS 7 MESES 27 DÍAS	CC	13016727
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES.

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VACUNACION COVID	✓
TAMIZAJE VISUAL	✓	----------	

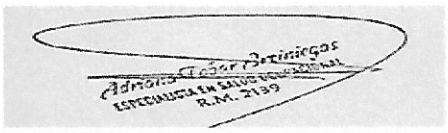
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : HORARIO LABORAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN	
VALORACIÓN POR EPS : OFTALMOLOGIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE ATIENDE SEGÚN PROTOCOLOS PARA COVID 19, SE REALIZA ENCUESTA DE BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS, NIEGA SÍNTOMAS DI SOSPECHA O ANTECEDENTE DE CONTACTOS COVID 19, SE SUGIERE CUMPLIR CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL MÍNIMO DE 2 METROS, USO ADECUADO DE TAPABOCAS , LAVADO DE MANOS FRECUENTE QUE DUR MÍNIMO 20 SEGUNDOS CON AGUA Y JABÓN , INFORMAR INMEDIATAMENTE DE SINTOMATOLOGÍA SOSPECHOSA, USO CONSCIENTE ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADA DESINFECCIÓN DE SITIO DE TRABAJO

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.

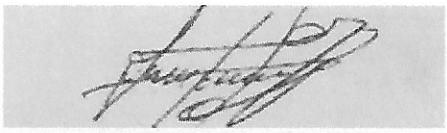
Médico



Firma:

Nombre: TOBAR ADRIANA

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GUERRERO REINA JAIRO ENRIQUE