MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 78.127

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DIA	11 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON CERTIFICACIÓN EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa usuaria

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC Cedula de Ciudadanía CE Cedula de Extranjeria TI Tarjeta de Identidad PT Pasaporte)

GALVAN PACHECO MARLON JOSE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 9 MESES 17 DIAS	CC	1095953232
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
MAESTRO CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones *NO APLICA*

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI

RESTRICCIONES LABORALES	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

OPTOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CON CERTIFICACION EN ALTURAS	✓
ESPIROMETRIA	✓	CREATININA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	ANEXO DE VERTIGO	✓
GLICEMIA	✓	FOSFATASA ALCALINA	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	TRANSAMINASAS	✓
CUADRO HEMATICO	✓	PRUEBA BUN	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPP ADECUADOS PARA LA LABOR, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, DIVULGACION DE RIESGOS Y CONTROLES DE LOS MISMOS, MANEJO ADECUADO DE CARGAS

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
Dr. Fabian Antonio Serrano G. Medico Salud Ocupacional RM 503674 SST 07107	
Firma:	Firma:
Nombre: SERRANO GONZALEZ FABIAN ANTONIO	Nombre: GALVAN PACHECO MARLON JOSE
R. M.: 503674 L.S.O.: 07107	CC: 1095953232

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Escaneado con CamScanner