Previsión
Prevención Integral en Salud Ocupacional

NIT. 816.003.024-0
Calle 19 #5-13, piso 4, Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail: informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.428

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	08 MES	2020 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO

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

PARTICULARES	PAULA ANDREA ZAPATA VILLA
Nombre de la empresa	Empresa que contrata al trabajador

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

ZAPATA VILLA PAULA ANDREA	RH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	O +	FEMENINO	42 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC	42125514
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo
TECNOLOGA EN GESTION LOGISTICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *VULNERABILIDAD COVID-19, RECOMENDACIONES LABORALES.*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP - BIOSEGURIDAD COVID-19	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL - EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO 2 VECES AL DIA	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS	CAPACITACIÓN : HIGIENE POSTURAL, MANEJO DEL ESTRÉS ,	CONTROL DE PESO
ESPECIALISTA	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES LABORALES:

–
REFORZAR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD (USO TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL)
CONTROL DIARIO DE SALUD PARA SOSPECHA COVID
CONTROL MENSUAL DE CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD
REFORZAR IMPORTANCIA DE NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD.
–DURANTE LA ATENCIÓN SE APLICARON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COMO: DISTANCIAMIENTO SOCIAL CON SEÑALIZACIÓN DESINFECCIÓN DE CALZADO Y MANOS AL INGRESO, TOMA DE TEMPERATURA CON TERMÓMETRO INFRARROJO, SE REALIZÓ CUESTIONARIO DE NEXO EPIDEMIOLÓGICO Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19. CUMPLIMOS CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DE LOS TRABAJADORES (GORRO, GAFAS, MASCARILLA, BATA MANGA LARGA ANTIFLUIDO Y OTROS) ÁREA DE LAVADO DE MANOS Y DISPOSICIÓN ADECUADA DE RESIDUOS.

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.

FRUANO-02459585171648-1798798-004190256-A
MRUANO-02459585171648-1798798-004190256-AA

Escaneado con CamScanner

Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: PARRA MANRIQUE SANDRA JANETH	X133D1J39428	Nombre: ZAPATA VILLA PAULA ANDREA
R. M.: 939 L.S.O.: 673 - 17		CC: 42125514

Aspirante o Trabajador

FRUANO-02459585171648-1798798-004190256-A

Escaneado con CamScanner