GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS SAS

GRUPO EMPRESARIAL MACROSALUD IPS

Salud Y Seguridad a Su Servicio

NIT 900.978.555-8



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.469

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	11 MES	2022 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
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)

MONROY MARTINEZ IDALIDES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	27 AÑOS	CC	1128460222
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	EPS	AFP	ARL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SURA	PROTECCIOI	POSITIVA
	Estudios: TÉCNICO		

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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:

AUDIOMETRÍA	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
VISIOMETRÍA	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTA PARA EL CARGO
APTO, AUDICIÓN CON FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CONSERVADAS, PTA OD 10 DB, OI 10 DB PARA AUDICIÓN NORMAL
BILATERALMENTE EN EL MOMENTO DEL EXAMEN.
SE OBSERVA DESCENSO DE GRADO LEVE EN EL RANGO DE FRZ AGUDAS DE 4KHZ ENTRE 35DB PARA OIDO IZQUIERDO.
REQUIERE EXAMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUAL.
EVITAR EL USO DE COPITOS DE ALGODÓN Y EL USO DE AUDÍFONOS EN ALTAS INTENSIDADES.
VISIOMETRIA BILATERAL NORMAL

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 mi 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: COLORADO ZULUAGA CARLOS ALBERTO

R. M.: 51124-98 L.S.O.: 2018060369412

Código de Seguridad

P50V1B24469

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONROY MARTINEZ IDALIDES

CC: 1128460222