



CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
Tel. 855 2613 - Cel. 313 453 5980
Calle 8 # 8-103 Ubaté - Cundinamarca
info@clnicasaguil.com - www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.976

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	08 MES	2021 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTES				INDEPENDIENTES			
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)							
SANCHEZ VELANDIA LAURA CECILIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	36 AÑOS 3 MESES 18 DÍAS	CC	53068463
Carga						Tipo	Número
ENFEREMERA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR							
Observaciones: NO APLICA ASIGNADA							
N/A				NO SE EVALUARON 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:							
EXAMEN MEDICO DE INGRESO				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICAMENTE- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- BAJAR DE PESO CON DIETA BAJA EN CALORÍAS (GRASAS, HARINAS, AZÚCARES) REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR PERIÓDICO- USAR LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL- SEGUIMIENTO EN EPS DE PATOLOGÍA GINECOLOGÍA - TOMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO COVID 19.							
BIOSEGURIDAD COVID 19							
ENCUESTA COVID 19 NEGATIVA, ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN GENERAL CON EL FIN DE EVITAR CONTAGIO DEL NUEVO CORONAVIRUS COVID - 19.							
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: ESPARZA ESPARZA NATALIA				Nombre: SANCHEZ VELANDIA LAURA CECILIA			