UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova - Tropezon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802780 - Tel. 7846348 - Email: unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5,087

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	03 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULAR / FABIAN YAÑEZ

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROBERTO SANCHEZ DANIEL	MASCULINO	57 AÑOS 11 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	79237647 (Número)

Cargo
MANTENIMIENTO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *ASTIGMATISMO Y PRESBICIA CON CORRECCION- HIPOACUSIA LEVE OD- SEVERA OI- ENF VASCULAR PERIFERICA GRADO II-*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	EVALUACION OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : PERMANENTE	USO DE EPP	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : CX VASCULAR- OTORRINOLARINGOLOGIA PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA : EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A DE 85DB.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VACUNACION COVID 19: 2 DOSIS JASSEN

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.

Unidad Médica

31/03/2022-R5

REDMI NOTE 9
48MP QUAD CAMERA