

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
17/01/2023			BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)		
Día	Mes	Año	Ciudad		
PREOCCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS EN ALTURAS					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa					Orden medica N°
PARTICULAR.					20345
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)					
Nombres y Apellidos			Genero	Edad	Documento de Identificación
JOSE JAIRO VELASQUEZ RODRIGUEZ			MASCULINO	28 AÑOS	CC 1013654202
Cargo a desempeñar:			MAESTRO DE OBRA		
CONCEPTO DE APTITUD			APTO PARA EL CARGO, PUEDE LABORAR EN ALTURAS		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS			SI		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL		✓	PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA		✓
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS		✓	PSICOTEST DE ALTURAS		✓
OPTOMETRIA		✓	AUDIOMETRIA		✓
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USO DE EPP			HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN			HACER DEPORTE		
			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 2020					
<p>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.</p>					
 Dr. Jorge Betancourt Médico Especialista Salud Ocupacional 0521868 - RM 11630					
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 11630			JOSE JAIRO VELASQUEZ RODRIGUEZ		
			D.I:	1013654202	HUELLA