UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL

MORA GONZALEZ S.A.S

NIT. 805 020 878 - 5

Resolución 0320 / 21 marzo 2013
Calle 23 Norte 5 BN 87, Cali - Colombia
Cels. 3162959800 - Tel. 6686528
E-mail. citas@unidadmedicaocupacional.co



N° 38.412

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	07 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO PRE OCUPACIONAL O DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

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	
MARTINEZ PINO LEWIS DENIS	MASCULINO	29 AÑOS 4 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	1151947947 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR CONTROL MÉDICO EN LA EPS	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
	REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS E INGRESAR EN SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	EJERCICIO REGULAR
	HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN SALUDABLE
	PAUSAS ACTIVAS	
	CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Firma: Aimer Mora T
Medico Registro 12496
Magister en salud Ocupacional
Lic. 0866-28-04-2020

Nombre: MORA TORO AIMER

R. M.: 12496 L.S.O.: 4145.0.21. 0162R

Código de Seguridad M171S1Y38412

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARTINEZ PINO LEWIS DENIS

CC: 1151947947



Scanned by TapScanner