T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



N° 7.953

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	IDECUT
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)

VIDAL AGUDELO DANIELA JULIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	23 AÑOS 8 MESES 6 DÍAS	CC	1.071.551.084
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FORMADOR MUSICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A NO SE EVALUARÓN 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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL OPTOMETRIA	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15

Código de Seguridad
D1053J1P7953

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VIDAL AGUDELO DANIELA JULIANA

CC: 1.071.551.084

Scanned by TapScanner