



PORSALUD S.A.S

Calie 145A No. 94 A - 17 PBX: 7462603 - 7462753 Bogotá Colombia
Carrera 36 No. 34 - 71 Barzal Tel (038) 6627509 Villavicencio Meta
Página web: www.porsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 45988

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 DÍA	08 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, FE, Pasaporte)							
VILLAMIL GUITERREZ AIDA JOHANNA				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	46 AÑOS 5 MESES 2 DÍAS	CC 52342438	
					CC	Número	
					Tipo		
Cargo							
SALUD ORAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGIAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO		RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NINGUNA		NINGUNA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR MEDICINA GENERAL EN EPS ANUAL POR PATOLOGÍA DE BASE		USO DE EPP		DIETA BALANCEADA			
USAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS POR 5 MINUTOS		HÁBITOS SALUDABLES			
		NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25 KG EN SU LABOR DÍA					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA REALIZAR HIGIENE POSTURAL / EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO / SE SUGIERE USAR TECLADO Y MOUSE ERGONÓMICOS /REALIZAR EJERCICIOS VISUALES/REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL /REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA /CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR / ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/ USO DE PROTECCIÓN SOLAR ADECUADA/ EL TRABAJADOR NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR ACTUAL							
<p>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 verdaderas.</p> <p>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 completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p> <p>Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal médico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los términos de los consentimientos informados incluyendo (Venopunción,HIV,PsicoActivas)...De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar"</p>							
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			