DRA JULIANA SILVA MEJIA
MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha	*13/12/2021*	Hora Llegada	10:00AM	Hora salida	10:30AM

I- IDENTIFICACION

1. Apellido			2. Apellido		Nombres		Doc. Identificación	80396783
ALFONSO			AVILA		JUAN CARLOS		EDAD	43 AÑOS
GENERO	M X	F	Fecha de nacimiento	17/03/1978		LUGAR DE NACIMIENTO		FACATATIVA
Escolaridad	*PROFESIONAL*		Estado Civil	UNIÓN LIBRE	Dirección	CARRERA 3#2-43		
Barrio	*CENTRO*		Ciudad	TIBIRITA	Teléfono	3224046910		
Empresa	ALCALDIA MUNICIPAL DE GUATAVITA			Dependencia	INDEPENDIENTE	Cargo	DIRECTOR DE ESCUELA DE DANZAS	
Fecha de ingreso a la empresa		15/02/2020	Antigüedad en la empresa			Tiempo en el cargo		
EPS	*FAMISANAR*	ARL	POSITIVA	AFP	PORVENIR	Tipo de examen	**INGRESO**	
Vieneacompañado		SI	NO X			Parentesco		

EXAMENES, PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS				
EXAMEN MEDICO	X		**AUDIOMETRIA**	
OPTOMETRIA			**VAL VESTIBULAR**	**NORMAL**
VISIOMETRIA	**EMETROPE**		**LAB. CLINICO**	
OTROS				

X- CONCEPTO MARQUE CON UNA X

TIPO DE EXAMEN		
	APTO (Paciente sano o con hallazgos que no representan patología alguna)	X
	APTO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología, pero puede laborar normalmente)	
INGRESO	APTO CON RESTRICCION (Paciente que debido a una o más patologías puede realizar su labor, pero con ciertas restricciones para no empeorar su estado clínico)	
PERIODICO	APLAZADO (No puede en el momento desempeñar el cargo al que aspira)	
EGRESO	Satisfactorio	
REINTEGRO	Satisfactorio con patología	
POST INCAPACIDAD	No satisfactorio	

Enfermedad general	no	Enfermedad Profesional	NO	Secuelas o Accidente de Trabajo	NO
Requiere de exámenes complementarios	NO	Cuales			

XI- RECOMENDACIONES

CAPACITAR SOBRE POSIBLE RIESGOS EN EL CARGO, BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO PERMANENTE DE EPP,NUTRICIóN ADECUADA, AUTOCUIDADO,EJERCICIO CARDIOVASCULAR,INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLóGICO BIOMECÁNICA Y CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL

XII – RESTRICCIONES

NINGUNA

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias.
En constancia a lo anterior firmo:

HORA SALIDA DE CONSULTA	**10:30AM**

Dra. Juliana Silva Mejía
Medico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 7945-2017
C.C. 1098639908

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

Juan Carlos Alfonso Avila
CC 80.396.783

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR