



N° 32.456

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

BOGOTÁ (COLOMBIA, BOGOTÁ D.C.)

20
DÍA

05
MES

2022
AÑO

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR

PARTICULAR

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)

BERNAL MARTINEZ DIANA ALEXANDRA

Genero
FEMENINO

Edad

43 AÑOS 11

CC

52494585

Teléfonos

MESES 15 DÍAS

Tipo

Número

Apellidos y Nombres

3144162439

Cargo

NEUROPSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: NINGUNA

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

MEDICINA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

ESPECIALISTA : GINECOLOGÍA

USO DE EPP

PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

CAPACITACIÓN : HIGIENE POSTURAL, BIOSEGURIDAD Y USO DE EPP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

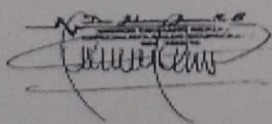
1. INGRESAR AL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
2. CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA.
3. CUMPLIR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
4. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACUERDO A LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA.
5. MANTENER ACTUALIZADO ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA COVID-19.
6. RECOMIENDO CONTROL DE SEGUIMIENTO POR GINECOLOGÍA DE SU EPS

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

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: JARAMILLO BUENAVENTURA KIMBERLY JOHAN

R. M.: 11 3698/2010

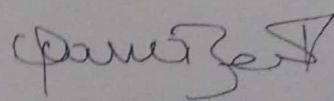
L.S.O.: 2741/2017



Código de Seguridad

P288V1B32456

Firma:



Nombre: BERNAL MARTINEZ DIANA ALEXANDRA

CC: 52494585