



Salud Ocupacional y Medicina General

Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3

Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá

Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº7.356

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
28 DÍA	10 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ(BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)					
			Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
PARTICULARES CONTADO				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, PT: Pasaporte)								
MORA ACOSTA ERIKA LORENA				Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				FEMENINO	28 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC	1013642053	
				Teléfono		Tipo	Número	
Carga MEDICO GENERAL								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO) Observaciones: NO APLICA								
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A		
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO NO APLICA		E COMENDACIONES NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:								
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL								
RECOMENDACIONES MEDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES				
USAR CORRECCIÓN VISUAL SEGUN FORMULA		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES				
ESPECIALISTA: DERMATOLOGIA PERIODICA								

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:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R.M.: 86140-2010



Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORA ACOSTA ERIKA LORENA

H367N1T7356 CC: 1013642053