MEDICID
Salud Ocupacional S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24	12	2021	BUCARAMANGA	Examen de Ingreso

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

PARTICULAR	BUCARAMANGA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

				Edad	Documento de Identificación	
ARIZA	MACIAS	CARLOS	ANDRES	28 Años	CC	1032460038

Cargo	Sección
ABOGADO	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

Se recomienda valoración por EPS: ○ SI ● NO Se entrega formato de remisión a EPS: ○ SI ● NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	○	○	

Recomendaciones:
USO ADECUADO DE EPPS, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. INFORMA SIN SINTOMAS COVID-19. CUMPLIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE PARA TRABAJAR.

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen de Ingreso ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

"SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD"

Consentimiento Informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) acupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí Informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la

Médico

Firma:

Nombre: Dr(a) WILSON BUENAVER MERCHAN

Registro Médico: 1094273023 Licencia Salud Ocupacional: 09993

Aspirante / trabajador

Firma:

Nombre: CARLOS ANDRES ARIZA MACIAS

Documento Identidad: 1032460038

Escaneado con CamScanner