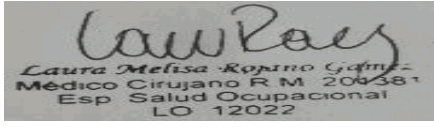



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
N° 28.924

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	03 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ 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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ALBOR CHADID JORGE DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	56 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC	72129442
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDEN LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
OPTOMETRÍA				CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA)			
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO				PERFIL LIPÍDICO (COL-HDL-LDL-TRIG)			
GLICEMIA				PRUEBA PSICOMÉTRICA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL LAVADO FRECUENTE DE LAS MANOS USO DE TAPABOCAS PACIENTE VACUNADO CON DOSIS CONTRA LA COVID 19							
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: ROJANO GAMEZ LAURA MELISA R. M.: 12022 L.S.O.: 12022/2016				 Código de Seguridad N739T1Z28924 Firma: _____ Nombre: ALBOR CHADID JORGE DAVID CC: 72129442			