Bientti S.A.S IPS SST
NIT. 900928637-1
Calle 70 # 52- 54 CC Gran Centro Local 1-136
Cel. 3012436300 - E-mail. comercial@bientti.com
www.bientti.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.336

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES	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)

MOTTA URUETA FILEMON DE JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS	CC	8781899
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN 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:

ESPIROMETRÍA	✓	GLICEMIA EN AYUNAS	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	✓

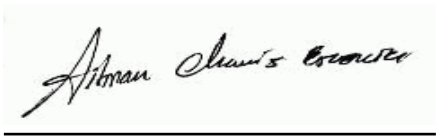
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA QUE INICIE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA ENFOCADOS HACIA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y A LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA TIPO CAMINATA CUATRO DÍAS A LA SEMANA POR LO MENOS DURANTE 40 MINUTOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo a la IPS abajo mencionada a realizar mi examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias dentro de las que podemos encontrar visiometría, audiometría, espirometría, optometría, toma de muestra de laboratorios y valoración psicológica, registrado en este documento. La IPS abajo mencionada 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 por los profesionales a cargo. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento (dejando formato de disentimiento firmado y anexado a la historia clínica). 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 a la IPS 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CHARRIS ESCORCIA AIKMAN

R. M.: 1043874436 **L.S.O.:** 4977

Código de Seguridad
P863V1B2336

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MOTTA URUETA FILEMON DE JESUS

CC: 8781899