



# Salud Ocupacional y Medicina General

Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3

Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá

Cel. 312 454 8354



N° 11.929

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
13 DÍA	10 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONSULTORIO NORTE			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)					
BARRERA AVELLANEDA MARY FELI Apellidos y Nombres			Genero FEMENINO Teléfonos	Edad 54 AÑOS 1 MESES 25 DÍAS	Documento de Identificación CC 52042307 Tipo Número
Cargo MEDICO INTERNISTA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)					
Observaciones: NO APLICA					
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		SVE CARDIOVASCULAR		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN FORMULA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
ESPECIALISTA : MEDICINA INTERNA					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>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.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
 Firma:  Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO R. M.: 86140 -2010 L.S.O.: 5128			 Código de Seguridad P367V1B11929		
			 Firma:  Nombre: BARRERA AVELLANEDA MARY FELI CC: 52042307		