

	<b>CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL</b>	Calle 97 # 23-37 consultorio 716 Centro Médico Dali Bogotá –Colombia Tel- 4736212 Cel. 3057950408
--	------------------------------------	---



Tipo de examen: INGRESO		Fecha: 11-08-2022	
1. DATOS PERSONALES			
Tipo y Número de identificación:	C.C. 1018485286	Sexo:	MASCULINO
Nombre Completo:	ANDRES FELIPE OCHOA PONCE	Edad:	26
Fecha de Nacimiento:	30-04-1996	Lugar de nacimiento:	BOGOTÁ
Dirección Actual:	CALLE 102 # 17-15	Estado Civil:	SOLTERO
Escolaridad:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Teléfono:	3014626328
Nombre de la empresa:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR		
Cargo:	MEDICO GENERAL		

2. CONCEPTO DE APTITUD							
Apto	X	No Satisfactorio			Si	No	N/A
No apto		Con restricción		Trabajo en Alturas			X
Satisfactorio				Espacios Confinados		X	
3. EXAMENES COMPLEMENTARIOS							
Hemograma		Glicemia		EKG		PESO	60 KG
Uroanálisis		Hemoclasificación		Coprológico		TALLA	1.63 CM
Serología		Audiometría		KOH		VISIOMETRIA DENTRO DE LIMITES NORMALES, NO PRESENTA NINGUNA RESTRICCIÓN	
Baciloscopia		Visiometría	X	Gravidez			
P. Lipídico		Espirometría		Otros			

4. CONCLUSIÓN
DE ACUERDO CON EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NO PRESENTA NINGUN TIPO DE ALTERACIÓN Y ES APTO PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR. VISIOMETRÍA DENTRO DE LIMITES NORMALES, NO REQUIERE CORRECCION, REEALIZAR CONTROL ANUAL

5. RECOMENDACIONES PERSONALES
HABITOS SALUDABLES: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, ALIMENTACION BALANCEADA, HIDRATACION Y PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.

LAVADO DE MANOS, USO DE TAPABOCAS Y DISTANCIAMIENTO FISICO REGLAMENTARIO.
---

6. RECOMENDACIONES EMPRESARIALES
GENERAR ESPACIOS PARA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS ENFOCADAS AL AREA OSTEMUSCULAR

7. RECOMENDACIONES ADICIONALES
--------------------------------

REALIZACION DE LABORATORIOS DE CONTROL POR SU EPS. ATENCIONES DE RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LA EDAD ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA COVID 19
---

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o 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) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará el médico para dar cumplimiento a los programas de salud que la IPS o empresa donde laboro ejecutará; y que los datos de mi historia clínica mantendrán la confidencialidad que la ley estipula. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior.

Andrés Ochoa

FIRMA DEL TRABAJADOR / PACIENTE

MIGUEL ALBERTO RUÍZ  
Médico Exp.  
Salud Ocupacional  
Reg-9693/2010

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE