



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.274

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	01 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULAR			
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)							
GASCA GONZALEZ JOSE LUIS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	42 AÑOS 9 MESES 28 DÍAS	CC	79981438
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo ASESOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCION PARA EL CARGO							
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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES, EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA, CONTROL POR EPS POR NUTRICIONISTA, INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR, ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020 EL PACIENTE PRESENTA MORBILIDAD BASE QUE PONE EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID							
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: SILVA RODRIGUEZ JULIO R. M.: 19281428 L.S.O.: 252305 DEL 2015				 Código de Seguridad Y622E1K15274			
 Firma: _____ Nombre: GASCA GONZALEZ JOSE LUIS CC: 79981438							