SEGUMEDIC
Comprometidos con Su Seguridad

NIT. 900.902.524 - 3
Carrera 49 # 45-39 Itagüí - Antioquia
Cel. 305 309 8044 - Tel. 6129734 - 6129737
E-mail. espseguridadysalud@gmail.com
www.segumedic.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.949

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	07 MES	2023 AÑO	ITAGUI (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULAR	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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DUQUE HERRERA HECTOR IVAN	MASCULINO	49 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	98565035 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	1.00	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	PERFIL LIPÍDICO
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	Énfasis Psicosocial
AUDIOMETRÍA	ENFASIS RESPIRATORIO
OPTOMETRÍA	ENFASIS CARDIOVASCULAR
GLUCOSA EN SUERO	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : Y SEGUIMIENTOS PERTINENTES EN SU ENTIDAD DE SALUD.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE.	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	OTROS : - **ÉNFASIS PSICOSOCIAL**: SIN RIESGOS QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR. - **ÉNFASIS CARDIOVASCULAR**: TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES, EXAMEN FISICO, PRUEBAS. SE CONSIDERA NO PRESENTA ALTERACIÓN CARDIOVASCULAR QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR Y RIESGO CV MODERADO. - **ÉNFASIS RESPIRATORIO:** TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES, EXAMEN FISICO Y ESTE CUESTIONARIO, SE CONSIDERA EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACION RESPIRATORIA QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OCUPACIONALES: ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FISICO, NO PRESENTA PATOLOGIAS RESPIRATORIAS, NI SECUELAS DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES QUE LE GENEREN LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD OSTEOMUSCULAR, SIN ALTERACIONES PSICOPATOLOGICAS, PRUEBAS DE LABORATORIOS NORMALES. SE CONSIDERA ADECUADA SU CONDICIÓN DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE LAS DISTINTAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. SE RECOMIENDA PROMOVER ENTORNOS DE TRABAJO SEGURO, CAPACITAR EN RIESGOS INHERENTES AL CARGO, SE RECOMIENDA EVITAR ACTIVIDADES QUE QUE REQUIERAN DISCRIMINACIÓN DE COLORES, POR EL RIESGO DE ERROR EN TAREAS QUE REQUIERAN DISCRIMINACION DE COLORES PARA LA IDENTIFICACION DE CONDICIONES DE SEGURIDAD QUE SE PUEDAN VER COMPROMETIDAS Y TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR LESIONES, BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ERGONOMICOS NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION Y CAPACITACION EN SU USO Y MANTENIMIENTO, INFORMACION Y FORMACION AL TRABAJADOR SOBRE RIESGOS Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONTROL ANUAL POR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: ARRIETA MESTRA LILIANA PAOLA

R. M.: 1329494 **L.S.O.:** 2021060008548

Código de Seguridad
Q1240W1C4949

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: DUQUE HERRERA HECTOR IVAN

CC: 98565035