

**CENTRO INTEGRAL
MEDICAL GROUP**

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (Marque con una X)

2017 3 24 11:00 12:00 BOGOTÁ D. C.
A M D ENTRADA SALIDA CIUDAD

INGRESO X PERIÓDICO RETIRO OTRO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Tipo documento de identificación C.C. Cedula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.P. Tarjeta Profesional)

MARTHA MILENA CEPEDA LOPEZ CC 52.241.966 EDAD
1er. NOMBRE 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO 2do. APELLIDO BOGOTÁ 39 AÑOS

CARGO

EMPRESA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

EVALUACIONES Y/O PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO REALIZADAS

Examen Médico Ocupacional	APTO PARA EL CARGO	Enfasis Osteomuscular	NO PRESENTA ALTERACION
Audiometría	NO APLICA	Psicología Ocupacional	NO APLICA
Optometría /o Visiometría	NO APLICA	Complementarios	NO APLICA
Espirometría	NO APLICA	Otros	NO APLICA
Laboratorio Clínico		X	

CONCEPTO

SI NO

CONCEPTO

SI NO

APTO PARA EL CARGO		APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	
APTO CON RECOMENDACIONES		APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO INTERFIERE CON LA LABOR	X	APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS	
APTO CON RESTRICCIONES		RETIRO SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL APARENTE	
APLAZADO		RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO EN EPS	
NO APTO PARA EL CARGO		RETIRO CON ALTERACIÓN EN SEGUIMIENTO CON ARL	
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL	Temporal	Permanente	Por motivo de

RECOMENDACIONES GENERALES (Marque con una X)

RECOMENDACIONES

SI NO

RECOMENDACIONES

SI NO

Pausas activas	X	Manejo de cargas o posturas	
Higiene postural	X	Realización pruebas complementarias	
Actividad física	X	Continuar manejo médico por EPS	
Capacitación referente al cargo		Remitir a la EPS	X
Uso de E.P.P.	X	Remitir a la ARL	
Utilización de ayudas ergonómicas		Seguimiento caso por ARL	
Recomendaciones dietarias		Manejo psicolaboral	
Dejar el hábito de fumar		Control periódico ocupacional	
Evitar realizar funciones bajo influencia de sustancias PSA		Medias antivibrantes	

RECOMENDACIÓN INCLUSIÓN A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE) (Marque con una X)

SVE

SI NO

SVE

SI NO

Ergonómico/Desórdenes musculoesqueléticos (DME)		Riesgo Químico	
Riesgo Auditivo por Ruido Ocupacional		Riesgo Biológico	X
Riesgo cardiovascular (RCV)		Riesgo Psicolaboral	X
Prevención de Lesiones Visuales		Riesgo Respiratorio	

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

PACIENTE APTO PARA EL CARGO, REMITIR A EPS POR NUTRICIONISTA.

MÉDICO

FIRMA DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

HUELLA

FIRMA Y SELLO

[Firma y Sello del Médico]
Especialista en Salud Ocupacional
Res. 050

[Firma del Aspirante]

[Huella del Aspirante]

No. Documento Identificación:

Nombres y Apellidos: *MARTHA MILENA CEPEDA LOPEZ*

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) Doctor (a) abajo mencionado (a) a realizar en mi el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento, se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínicos (s) ocupacionales. Entiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud.

Bogotá D.C. CHAPINERO KR 17 # 61 A 40 Tel 8006812

Cel: 3052983794 - 3012027959

E-mails: administracion@medicalgroupss.com - comercial@medicalgroupss.com