

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL



Salud Ocupacional

CMO-02-2016

Salud integral Empresarial

DIA MES AÑO
FECHA 02 12 2016

Ciudad:

Bogotá D.C.

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE (Tipo documento de Identidad, C.C. Cedula de Ciudadanía, C.E. Cedula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres: Padua Nieto Detsy Marcela Edad (años): 27 Documento de Identidad: CC No. 1016008472

Razón social de la empresa que lo contrata o contratara: Unidad Trabajadores Pensión de Salud Razón social de la empresa en la que labora, laborara o labora: Red Soc Occidente

Nombre centro de trabajo o sede de trabajo: Epide midloga Cargo: Epide midloga

Tipo de examen médico ocupacional (Marque con una X una de las siguientes opciones)

☒ Pre-ingreso ☐ Post-incapacidad ☐ Periodico ☐ Egreso (Diligencia desde el ítem 3)
☐ Reintegro ☐ Cambio de ocupación ☐ Otro:

2. EXAMEN DE INGRESO- POSTINCAPACIDAD-PERIODICO-REINTEGRO-CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD (Marque con X una de las siguientes opciones) REQUISITOS DE SALUD Marque con X el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)

	SI	NO	APLAZADO	NO APLICA
Apto sin restricciones para el cargo	☒	☐	☐	☐
Apto con recomendaciones para el cargo	☐	☐	☐	☐
Apto con restricciones para el cargo	☐	☐	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☒
Trabajo en alturas	☐	☐	☐	☒
Manipular Alimentos	☐	☐	☐	☒
Brigadista	☐	☐	☐	☒
Otros	☐	☐	☐	☒

Motivo de aplazamiento (aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono Aplazado)

RESTRICCIONES

Aplica en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono con restricciones para el cargo, o cuando NO cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o más tipos de trabajos. Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una X en la casilla Correspondiente, según sea T, temporal o P, permanente.

Cual(es)?	Condiciones o funciones/Tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Recomendaciones

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS:

	SI	NO		SI	NO
Examen Médico	☒	☐	Examen de Laboratorio	☐	☒
Audiometría	☐	☒	¿Cual(es)?.....		
Espirometría	☐	☒	Radiología	☐	☒
Visiometría	☐	☒	¿Cual(es)?.....		
Examen Optométrico	☐	☒	Valoración por Especialistas	☐	☒
Electrocardiograma	☐	☒	¿Cual(es)?.....		
			Otros	☐	☒
			¿Cual(es)?.....		

3. EXAMEN DE EGRESO

Retiro sin patología aparente ☐
Retiro con patología para seguimiento EPS ☐

Sospecha de Enfermedad laboral ☐
En proceso de Calificación de origen de enfermedad (este aspecto sera referido por la persona) ☐

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO S ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD LABORAL O SECUELAS DE EVENTOS LABORALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAT/FUREL) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARL Y EPS)

4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en terminos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

Actividad física regular, pausas activas, Control
audiol optométrico

¿Se entrega remisión a EPS?

SI ☐ NO ☒

MEDICO: Armando Camargo Gomez Registro médico: 540030 Trabajador o Aspirante: Detsy Marcela Padua Nieto
Firma: Armando Camargo Gomez Licencia salud ocupacional: 540030 Firma: Detsy Marcela Padua Nieto
Nombre: Armando Camargo Gomez No. de Identificación: 1016008472

Calle 72 No. 81F-30 Sur Bosa - Tels. 775 8604 * 300 552 52 86
E-mail: acgsaludocupacional@gmail.com