PROSERVANDA SG-SST S.A.S

Nit. 830129499-8

Diagonal 45 D No 20- 22 Bogotá D C
Cel 322 3075187 – 5103431
www.fundacionproservanda.com
comercial@proservanda.org



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.990

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
07 DIA	04 MES	2021 AÑO	BOGOTÀ (BOGOTÀ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

UNION TEMPORAL RIESGOS LABORALES 2020	SECRETARIA EDUCACION CUNDINAMARCA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC Cedula de Ciudadanía, CE Cedula de Extranjeria, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

VARGAS PACHON JULIE ALEXANDRA	Genero: FEMENINO	Edad: 37 AÑOS 7 MESES 7 DIAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 20865516 (Numero)
Apellidos y Nombres	Teléfonos		

Cargo
DOCENTE DE AULA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN DE VOZ	✓
TEST PSICOLÓGICO	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPP SI LO REQUIERE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN GRASA, HÁBITOS ALIMENTICIOS SANOS, EJERCICIO FÍSICO.
DADA LA PANDEMIA DEL COVID 19, LA ESPIROMETRÍA NO DEBE SER EFECTUADAS POR SER ESTA UNA PRÁCTICA SUSCEPTIBLE COMO FUENTE DE CONTAGIO, TODA VEZ QUE DE ACUERDO CON EL CDC, LA PROPAGACIÓN OCURRE PRINCIPALMENTE DE PERSONA A PERSONA A TRAVÉS DE GOTITAS RESPIRATORIAS ENTRE CONTACTOS CERCANOS; HASTA TANTO SEA LA SUPERACIÓN DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi 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.