



SEINT SALUD I.P.S. SAS

NIT. 901028266-2

Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia

PBX 4705577 Ext: 114-115 - E-mail: gerencia@seintsalud.com

LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.871

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
08 DÍA	05 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO				
Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S								
Nombre Empresa								
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				Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
TORRES MARTINEZ WALTER ENRIQUE				CC	8865954	25/12/1972	50 AÑOS	A +
				Tipo	Número			
Nivel Educativo				Genero		Estado Civil		
PRIMARIA				MASCULINO		UNIÓN LIBRE		
Cargo				Fecha y Hora de Ingreso		Fecha y Hora de Salida		
AUXILIAR DE OBRA				08/05/2023 06:43:00 a.m.				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								
SATISFACTORIO								
Observaciones: NO APLICA								
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:							APLAZADO	
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:								
AUDIOMETRÍA				EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS				
VISIOMETRÍA				ANEXO OSTEOMUSCULAR				
ESPIROMETRÍA				COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA				
ELECTROCARDIOGRAMA				-----				
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL				SVE VISUAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				SVE AUDITIVO		CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : 6 MESES				SVE CARDIOVASCULAR		HACER DEPORTE		
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION, OFTALMOLOGIA, ORL, MEDICINA GENERAL								
ESPECIALISTA : CARDIOLOGIA								
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA SOBREPESO Y VENAS VARICES PERIFERICAS, SE REMITE A EPS POR NUTRICION Y MEDICINA GENERAL, PARA MANEJO Y CONTROL. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARA CLINICOS PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO Y PTERIGION IZQUIERDO, SE REMITE A EPS POR OFTALMOLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA. PRESENTA HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA. SE REMITE A EPS POR ORL PARA CONTROL Y MANEJO. LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS. CONCEPTO ELECTROCARDIOGRAMA BRADICARDIA SINUSAL, TRASTORNO DE LA REPOLARIZACION VENTRICULAR POR PROBABLE IZQUEMIA SUBEPICARDICA INTERNOLATERAL SIN OTRAS ALTERACIONES CORRELACIONAR MEDICAMENTE, VALORACION POR CARDIOLOGIA DE EPS. APLAZADO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.								

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



Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568

L.S.O.: 6779 DE 09/02/202



Código de Seguridad

Q136W1C40871

Aspirante o Trabajador

WALTER TORRES

Firma:

Nombre: TORRES MARTINEZ WALTER ENRIQUE

CC: 8865954

