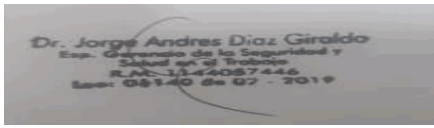


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 25.128

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
12 DÍA	01 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			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)					
FIGUEROA PINEDA SANDRA MILENA			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	43 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	CC 67016257
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo DOCENTE					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DE CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		SVE VISUAL		HACER DEPORTE	
		SVE AUDITIVO			
		SVE OSTEOMUSCULAR			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, AL MENOS 120 MINUTOS A LA SEMANA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD, HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS. SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA					
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		Aspirante o Trabajador			
 Firma: Nombre: DIAZ GIRALDO JORGE ANDRES R. M.: 1144057446 L.S.O.: 01149-02-2019		 Código de Seguridad C60211025128 Firma:  Nombre: FIGUEROA PINEDA SANDRA MILENA CC: 67016257			