LATIDOS S EN C S
NIT. 900136580-1
CARRERA 46 # 9C - 85 LC 103 / CALLE 7 # 29 - 55 LC 4
Cels. 3136281029 - 3204791708 - Tels. 4836960 - 4852255
E-mail. latidosgc@hotmail.com
www.latidoscolombia.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 176

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	05 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	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)

ROJAS TERRANOVA LEONARDO MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	60 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS	CC	16692548
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
LICENCIADO EN EDUCACION FISICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

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 MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SOLO REQUIERE CORRECCION VISUAL PARA VISION CERCANA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- AUTOCUIDAO Y SEGURIDAD PROACTIVA
- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y CALENTAMIENTO PREVIO AL INICIO DE SU ACTIVIDAD LABORAL
- MANTENER POSTURAS ADECUADAS
- MANTENER VIGENCIA DE ESQUEMAS DE VACUNACION

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: ARAGON MENESES MARIA VICTORIA

R. M.: 76-0898 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
B872H1N176

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROJAS TERRANOVA LEONARDO MAURICIO

CC: 16692548