Fundemos I.P.S.	**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**	Sede principal: CARRERA 16 A 79-94 Tel: 5460640 opcion 1 ext 8208 - 8212 www.fundemos.com.co - fundemosips@fundemos.com.co – Bogotá D.C



Tipo de examen: PERIODICO	Fecha: 10/08/2021 11:17:41 a. m.

1. INFORMACION PERSONAL

No. Identificacion:	CC 1018425560		
Nombre Completo:	HERRERA VARGAS ROBERTO ALEJANDRO	Sexo: M Edad:	32
Fecha de Nacimiento:	26/12/1988 12:00:00 a. m.	Lugar de Nacimiento:	BOGOTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Direccion Actual:	CLL 59 58 17 INT 21 APTO 402
Lugar de Residencia:	BOGOTA	Telefono Actual:	3132843331
Escolaridad:	PROFESIONAL	Eps:	EPS SURA
Nombre Empresa:	PARTICULAR		
Cargo:	ENTRENADOR (A)		

2. EXAMENES REALIZADOS

Exam. Ocupa. [X] Audiometría [ ] Espirometria [ ] Optometria [ ] Laboratorio [ ] Visiometria [ ] Voxmetria [ ]

Psicología [ ] Electrocardiograma [ ]

CONCEPTO: PUEDE CONTINUAR LABORANDO ACTUALMENTE NO HAY EVIDENCIA DE PATOLOGIA RELACIONADA CON LA LABOR DESEMPEÑADA

CONCLUSION

De acuerdo al examen con énfasis osteomuscular realizado a HERRERA VARGAS ROBERTO ALEJANDRO identificado con No. 1018425560, se considera que al momento del examen no presenta restricciones para desempeñar el cargo de ENTRENADOR (A).

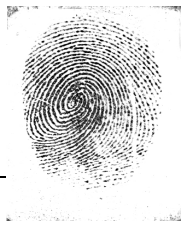
3. RECOMENDACIONES

PERSONALES PREVENTIVAS:

PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS DURANTE LA JORNADA LABORAL QUE INCLUYAN RELAJACION MANOS, MOVIMIENTOS Y ESTIRAMIENTOS DE BRAZOS SEGUN EL PROGRAMA QUE PARA TAL FIN TENGA ESTABLECIDO LA EMPRESA
DIETA, EJERCICIO Y ACONDICIONAMIENTO FISICO
FORTALECER HABITOS DE HIGIENE POSTURAL
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL RESPIRATORIA
MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL Y VISUAL

Dr. Mauro Barrera O.
Medico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
RM. 251151 2003 - 6164/2019
U. Central Ecuador - U. Javeriana

DR JOSE SOL MAURO BARRERA OSORIO
MÉDICO ESPECIALISTA EN SO
REGISTRO N. 251151 /2003
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN 6164 DE 15/07/2019



Firma paciente: HERRERA VARGAS ROBERTO ALEJANDRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado (a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclínico (s) ocupacionales(es). He comprendido y entendido el propósito y los riesgos que pueden llegar a tener el examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir la asesoría brindada antes de las respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de realizar el consentimiento antes de que se realizara el(Los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará la IPS FUNDEMOS para proteger la confidencialidad de los resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo al IPS FUNDEMOS para que suministre a las personas o autoridades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. 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.

USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

EMPRESARIALES PREVENTIVAS:

SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS, CON EL FIN DISMINUIR EL ESTRES, FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADO POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL OBLIGATORIO SEGUN LA EXPOSICION A RIESGOS
CONTROL MEDICO OCUPACIONAL Y OPTOMETRIA ANUAL

RECOMENDACIONES ADICIONALES Y/O ESPECIFICAS:

Dr. Mauro Barrera O.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 251151 2003 - 6164/2019
U. Central Ecuador - U. Javeriana

DR JOSE SOL MAURO BARRERA OSORIO
MÉDICO ESPECIALISTA EN SO
REGISTRO N. 251151 /2003
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RESOLUCIÓN 6164 DE 15/07/2019



Firma paciente: HERRERA VARGAS ROBERTO ALEJANDRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado (a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclínico (s) ocupacionales(es). He comprendido y entendido el propósito y los riesgos que pueden llegar a tener el examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir la asesoría brindada antes de las respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de realizar el consentimiento antes de que se realizara el(Los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará la IPS FUNDEMOS para proteger la confidencialidad de los resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo al IPS FUNDEMOS para que suministre a las personas o autoridades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. 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.