Laboral Salud I.P.S.
Medicina Laboral y Sistemas de Gestión
Nit. 901017957-6
Dirección: Carrera 29 # 40 - 44 Bucaramanga - Colombia
Cel: 3114764772 Tel: 6323511 E-mail: administrativo@laboralsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 82.726

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	09 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

VARGAS DIAZ GENARO	VARGAS DIAZ GENARO
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)

BARAJAS GONZALEZ EDISSON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	36 AÑOS 11 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1095789660 (Número)
	Peso: 115.4(kg			
	Talla: 168 cm	IMC: 40.89 - OBESIDAD GRADO III		

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	VIGENCIA	RECOMENDACIONES
CARGAS	TEMPORAL	3 MESES	PUEDE REALIZAR MANEJO DE CARGAS HASTA 15KG BIMANUAL.

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

EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ESPECIALISTA TRATANTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL Y NUTRICION	INCLUIR EN ACTIVIDADES DE P Y P DE RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE	CONTROL DE PESO : OBESIDAD
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO. CON PATOLOGÍA A NIVEL DE PARED ABDOMINAL SE INDICAN RESTRICCIONES LABORALES SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES CON ESPECIALISTA TRATANTE ADEMAS AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ALTERACION DEL PESO QUE NO RESTRINGE PARA EL CARGO SE RECOMIENDA VALORACION MEDICA Y NUTRICIONAL EN LA EPS. ESTILO DE VIDA SALUDABLE, CONTROL DE PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL, PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA Y USAR ADECUADAMENTE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS POR EL CARGO DE ACUERDO A LA MATRIZ DE PELIGROS.

TÉCNICA ADECUADA PARA PARA LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE DE CARGAS, FLEXIONAR LAS RODILLAS CON LA ESPALDA LO MÁS RECTA POSIBLE Y MANTENER EL OBJETO LA MÁS CERCA DEL CUERPO, LEVANTARSE USANDO LA FUERZA DE LAS PIERNAS Y NO DE LA ESPALDA.

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.

Powered by CamScanner

Médico



Firma:

Nombre: CRUZ CAPACHO MONICA ANDREA

R. M.: 681475-12 **L.S.O.:** 011130 - 03/06/2015

Código de Seguridad

X99D1J82726

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BARAJAS GONZALEZ EDISSON

CC: 1095789660

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 #40-44

Powered by CamScanner