



N° 43.166

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
29 DÍA	05 MES	2023 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
ENVIGADO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)					
SUAREZ SERNA DAVID			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	33 AÑOS 10 MESES 12 DÍAS	CC 1037597349
Apellidos y Nombres			Tipo	Número	

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: **NO APLICA**

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

N/A

RESTRICCIONES LABORALES
SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO
NO APLICA

RECOMENDACIONES
NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL



VISIOMETRÍA



AUDIOMETRÍA



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA

USO DE EPP
SVE AUDITIVO

HABITOS SALUDABLES
CONTROL DE PESO
HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON ALTERACIÓN AUDITIVA, PERO POR NO PRESENTAR COMPROMISO DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES NO SE GENERA UNA RESTRICCIÓN OCUPACIONAL, SE RECOMIENDA ENTONCES USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE INSERCIÓN (IDEALMENTE DE SILICONA) EN AMBIENTES CON RUIDO SUPERIOR A 75 DB TANTO LABORALES COMO POR FUERA DEL TRABAJO.

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:

Firma:

Nombre: FLOREZ CERA HUMBERTO LUIS

Nombre: SUAREZ SERNA DAVID

R. M.: 232113-10

L.S.O.: 74395

Código de Seguridad
U100A1G43166

CC: 1037597349