DPLaboral
Diagnóstico y Prevención Laboral

Diagnostico y Prevención Laboral S.A.S.
NIT. 901019120-8
Calle 39 sur # 40 - 63
Cel. 3014644517 - PBX. 444 8326 - E-mail. info@dplaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.445

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	12 MES	2022 AÑO	ENVIGADO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO**

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)

RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	37 AÑOS 2 MESES 10 DÍAS	CC	21527275
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CON PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

TAMIZ VISUAL	✓	EVALUCION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUCULAR Y COLUMNA	✓
TAMIZ AUDITIVO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA		HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: FLOREZ CERA HUMBERTO LUIS

R. M.: 232113-10 **L.S.O.:** 74395

Código de Seguridad
N100T1Z38445

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA

CC: 21527275