Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.117

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16	09	2023	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER)	INGRESO
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA

E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
Nombre del acuerdo comercial, contrato o convenio	**Empresa**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ROMERO MORENO MIGUEL ANGEL	MASCULINO	23 AÑOS 7 MESES 1 DÍAS	CC	1003166976
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

MEDICO GENERAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON ALTERACION (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TEMPORALIDAD	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
USO DE EPP	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES	
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS		HACER DEPORTE	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, MINIMO 3 VECES POR SEMANA MINIMO POR 30 A 40 MINUTOS DIA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HIGIENE POSTURAL ENFATIZANDO EN LA ALINEACIÓN CORPORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE SU JORNADA LABORAL ENFATIZANDO EN ESTIRAMIENTOS MUSCULARES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y DE ESPALDA.
OBSERVAR DIETA SALUDABLE, RICA EN VERDURAS, FRUTAS Y AGUA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESADOS (EN PAQUETE, EMBUTIDOS, ENLATADOS).

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 tengo la posibilidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Se informarán de mis resultados bajo principios de 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.