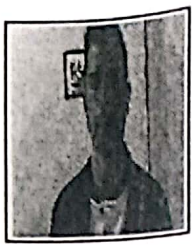
PROSERVANDA
SG-SST S.A.S

Nit. 830129499-8
Diagonal 45 D No 20- 22 Bogotá D.C.
Cel. 322 3075187 – 5103431
www.fundacionproservanda.com
comercial@proservanda.org



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 66.725

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	05 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

UNION TEMPORAL RIESGOS LABORALES 2020	SECRETARIA EDUCACION BOGOTA
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)

RODRIGUEZ FORERO MARTIN EMILIO	Genero: MASCULINO	Edad: 41 AÑOS 3 MESES 14 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 80235883 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos		

Cargo
DOCENTE DE AULA

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	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN DE VOZ	✓
TEST PSICOLÓGICO	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DA RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE REALIZAR MÍNIMO 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA (CAMINAR, MONTAR EN BICICLETA, NADAR CONTINUO ,HACER EJERCICIOS DE GIMNASIA CASERA)

ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMA ALIMENTOS VARIADOS Y NUTRITIVOS, DISMINUYA EL CONSUMO DE GRASAS SATURADAS Y EVITE LAS COMIDAS RÁPIDAS, AUMENTE EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, EVITE EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS, LIMITE EL CONSUMO DE SAL EN SU ALIMENTACIÓN

HIGIENE BUCAL, ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COMO USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS CONSTANTE, NO FUMAR, NO TOMAR

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.

Escaneado con CamScanner