ODONTO-MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardin
Cel. 3209522791 - Tel. 097 8891396 - E-mail. jlgomez118@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.292

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	10 MES	2022 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GALVIS RIVERA MONICA ANDREA	FEMENINO	37 AÑOS 11 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	60267796 (Número)

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO — PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COPROLOGICO	✓
AGUDEZA VISUAL	✓	FROTIS FARINGEO	✓
CONSULTA DE PSICOLOGIA OCUPACIONAL	✓	KOH DE UÑAS	✓
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	LDL	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	HDL	✓
CUADRO HEMATICO	✓	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	TEST MINIMULT	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 O VIRUELA DEL MONO SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIÓDICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS.

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: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS

R. M.: CMC2017-22575 **L.S.O.:** 81-1217

Código de Seguridad

U678A1G7292

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GALVIS RIVERA MONICA ANDREA

CC: 60267796