IPS Jhon gómez

Jhon gómez

SOLUCIONES INTEGRALES EN SEGURIDAD Y SALUD
Nit. 900970709-9
Calle 60 B sur No.44-11 Centro empresarial Latitud Sur. Consultorio 1114. Sabaneta Antioquia
Celular: 3108360523 Teléfono: 6044732682
jhonjairogomezescobar@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.632

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

MUNICIPIO DE HISPANIA	**MUNICIPIO DE HISPANIA**
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)

TORREZ RESTREPO DORA NANCY	Genero: FEMENINO	Edad: 49 AÑOS 7 MESES 21 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo)	21556225 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos			

Cargo
ENLACE DE VICTIMAS

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:

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE : DE ACUERDO A CAPACIDAD
VALORACIÓN POR EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : FAVOR REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y AL TERMINAR JORNADA LABORAL	DIETA BALANCEADA
ESPECIALISTA : CONTINUAR CON CONTROL Y ESTUDIOS POR MEDICINA ESPECIALIZADA.	OTROS : USAR ADECUADA SILLA ERGONOMICA, PARA EVITAR PRESENTAR SINTOMAS RELACIONADOS CON ANTECEDENTES.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON MULTIPLES DIAGNOSTICOS, ACTUALMENTE ALGUNOS EN TRATAMIENTO CON ADECUADA RESPUESTA, OTROS EN ESTUDIO SINTOMAS LEVE INTENSIDAD NO LIMITA REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL. REQUIERE CONTINUAR CON CONTROLES POR MEDICINA ESPECIALIZADA, CONTINUAR CON USO DE CORRECTIVOS OPTICOS.

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

Firma:

Nombre: MARTINEZ PORRAS DIANA MARCELA

R. M.: 6332007 **L.S.O.:** 60038912

Código de Seguridad Q377W1C4632

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TORREZ RESTREPO DORA NANCY

CC: 21556225