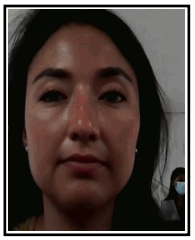
Santa Clara
I.P.S Ocupacional

NIT. 900.207.684-2
REPS:7600107047-01
Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia
Cel. 3183482110 - 3183482110 - 3146301564 - 3152788102
Tel. (602) 6682828 - E-mail. pqrs@santaclara.com.co
www.ipsocupacionalsantaclara.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 102.918

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

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

PARTICULAR 2022 - CONV2 - ASESC - CONTADO - INTRA	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)

CELIS UNIGARRO MARIA CONSUELO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	38 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS	CC	53011322
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

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	✓	OPTOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLUCOSA PRE	✓	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL (TEST 16PF)	✓
HEMOGRAMA TIPO IV	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

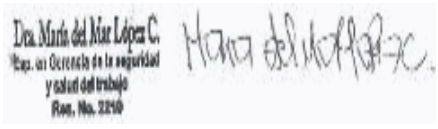
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE ENVIADO DE LA EMPRESA PARA SU VALORACION MEDICA DE INGRESO
SE SUGIERE MODIFICAR HABITOS DE VIDA BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION: DIETA BAJA EN GRASAS. HARINAS Y AZUCAR, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.
?ACTVIDAD FISICA DIARIA REGULAR, MINIMO 30 MIN AL DIA.

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: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR

R. M.: 2212-2012 **L.S.O.:** 2210-2017

Código de Seguridad

V703B1H102918

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CELIS UNIGARRO MARIA CONSUELO

CC: 53011322