MEDICINA LABORAL Y DEL TRABAJO

"El Trabajo y la Salud van de la mano"

DR. CESAR AUGUSTO LANCHEROS URBINA

NIT. 79453443

Sede 1: Carrera 9 # 14-120, Cons. 201, Edificio Somed, Chiquinquirá Boyacá

Sede 2: Carrera 7 # 17-09, Local 2, Moniquirá Boyacá

Cel. 3114895113

E-mail: cesalud.ocupacional@outlook.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.414

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	04 MES	2023 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION OCUPACIONAL

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

CONTRATISTA	INDEPENDIENTE
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)

GARZÓN GARCÍA JORGE ARMANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	63 AÑOS 11 MESES 2 DÍAS	CC	7303066
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES*

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:

VISIOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : LENTES OPTICOS PERMANENTES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGLUCIDA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE VALORADO, CON EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, OSTEOMUSCULAR NORMAL VISIOMETRÍA ANORMAL, REQUIERE USO DE LENTES OPTICOS PERMANENTES

NIEGA TENER SINTOMATOLOGIA PARA COVID-19 AL MOMENTO DEL EXAMEN, NIEGA PATOLOGIAS O COMORBILIDADES PARA COVID-19

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: LANCHEROS URBINA CESAR	Nombre: GARZÓN GARCÍA JORGE ARMANDO
R. M.: 6669-93 L.S.O.: 25-1605-18-03-2015	CC: 7303066