Dra. Liliam Andrea Cañon Bonza
Calle 2 # 2-33 Tausa Centro
consultoriodraandreacanon@gmail.com
Tel. 3125741032

CONCÉPTO MÉDICO OCUPACIONAL

12	MARZO	2024	BOGOTA	*TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL*
DIA	*MES*	*AÑO*	*CIUDAD*	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DÓNDE LABORA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SENA CENTRO DE COMERCIO.	
Nombre de la empresa	*Empresa en misión*

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

QUINTERO PEREZ MILENA DEL CARMEN	*Género*	*Edad*	*Documento de Identificación*	
	FEMENINO	**40 AÑOS**	**C.C.**	**52779570**
Apellidos y Nombres			*Tipo*	

CARGO / OCUPACIÓN

INSTRUCTORA

CONCÉPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO

OBSERVACIONES: N/A

CONCÉPTO	*OTROS CONCÉPTOS*
N/A	**N/A**

EL CONCÉPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS:

N/A	OPTOMETRÍA	**X**	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
N/A	ESPIROMETRÍA	**N/A**	LABORATORIOS
N/A	AUDIOMETRÍA	**X**	OTROS: VISIOMETRIA

RECOMENDACIONES MÉDICAS: USAR CORRECCIÓN VISUAL - EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: USO DE EPP - PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL - CAPACITACIÓN

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE: HÁBITOS SALUDABLES - HACER DEPORTE - NO FUMAR - DIETA BALANCEADA

OTRAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA LA EMPRESA

CAPACITAR EN EL CARGO /ACTIVIDAD A REALIZAR - HIGIENE POSTURAL Y ERGONÓMICA CON ADECUADOS ÁNGULOS DE CONFORT PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES - IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS - CON EL FIN DISMINUIR EL ESTRES, FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADO POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS - SE SUGIERE SI SU LABOR LO PERMITE - ALTERNAR CAMBIO DE POSICION CADA 40 MINUTOS DE PIEA SENTADO Y VICEVERSA PARA AYUDAR A MEJORAR RETORNO VENOSO - PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE EMPRESA - INCENTIVAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES - SE DAN RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRÉS - USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y RIESGO EN EXPOSICIÓN - EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS EN JORNADA EXTRALABORAL/ PAUSAS AUDITIVAS - EVITAR INTRODUCIR OBJETOS EN LOS OÍDOS COMO COPITOS Y/O APLICAR SUSTANCIAS - ADECUADA HIDRATACIÓN ORAL CON AGUA CONSTANTEMENTE - EVITAR CONSUMIR EN EXCESO ALIMENTOS MENTOLADOS - CAFEINADOS Y/O PICANTES - REALIZAR EJERCICIO CARDIO RESPIRATORIO - SE DAN RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA ENFERMEDAD VARICOSA - SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - SE SUGIERE USO DE GAFAS CUANDO SEA REQUERIDO: LEER, PANTALLAS, VISIÓN LEJANA, VISIÓN CERCANA, ETC.

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA EL TRABAJADOR

ESTIRAMIENTOS DE MANOS Y ESPALDA A NECESIDAD - BUENAS POSTURAS: ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL - EJERCICIO FÍSICO 40 MIN DIARIOS (TROTAR CAMINAR NATACIÓN YOGA ETC) - DIETA BALANCEADA RICA EN FIBRA PROTEÍNA VEGETALES Y FRUTAS - PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES CONTINUAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD - POR TI Y POR LOS TUYOS: USO DE TAPABOCAS DE MANERA CORRECTA, VACUNACIÓN, LAVADO DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL AL COMPARTIR EN LUGARES CERRADOS. USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y ACTIVIDAD, USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y CARGO- ALTERNAR POSTURAS DE PIE Y SENTADO, CONTROL EN EPS CON OPTOMETRÍA ANUALMENTE Y MEDICINA OCUPACIONAL

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 ver ídicas. 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 legislaci ón, 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 Dra. Liliam Andrea Cañon Bonza

Nombre LILIAM ANDREA CAÑON BONZA

Registro Médico 1032380829 14335/2017

L.S.O. 14335/2017

PACIENTE

Firma Milena Quintero Perez

Quintero Pérez Milena del Carmen

C.C. 52779570