ARAUJO & RAMIREZ
MEDICINA LABORAL Y OCUPACIONAL
TEL. 3006737149 – 3012731802
E-MAIL jo.hera@hotmail.com – yanetharaujo28@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	09 MES	2023 AÑO	YARUMAL Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

AZ CONSTRUCCIONES S.A.S	NIT 8110118470 , CONSTRUCCION
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)

RUBEN DARIO CHAVARRIA GONZALEZ	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	45	CC	15329626
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PARA:

N/A

Observaciones: *NINGUNA.*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD: Alturas, Espacios Confinados o Manipulación 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:

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES RESOLUCIÓN 0304 DE 2022 Y 777 DE 2021 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en la resolución 777 de 2021.

Énfasis osteomuscular no alterado.
Se realiza evaluación del sistema osteomuscular y de columna donde el usuario no manifiesta sintomatología de enfermedades ni se evidencian en la evaluación médica signos sugestivos de Esta.

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: JORGE HERNAN RAMIREZ

R. M.: 5-4997-12 **L.S.O.:** 038895

Aspirante o Trabajador

Firma _____

Nombre: **RUBEN DARIO CHAVARRIA GONZALEZ**
CC 15329626