



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.167

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	06 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				MERTEL CONEXIONES SAS - NIT: 901362706-2			
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)							
ESTACIO ROMERO MANOLO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS 0 MESES 12 DÍAS	CC	1087127609
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo EMPALMADOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA LABORAR. CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.							
Observaciones: ENF. VASCULAR PERIFERICA GRADO I- HIPOGLICEMIA EN AYUNAS							
APTO		PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRÍA				✓			
VISIONOMETRÍA				✓			
GLICEMIA				✓			
COLESTEROL TOTAL				✓			
TRIGLICERIDOS				✓			
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : PERMANENTE		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA : COMER POR HORARIOS		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		OTROS : EVITAR T. EN ALTURAS EN AYUNAS					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PREVIAS							
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: GARAY URBINA JULIETH ANDREA				Nombre: ESTACIO ROMERO MANOLO			
R. M.: 1033765179				CC: 1087127609			
L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020							
Código de Seguridad							
L895R1X19167							