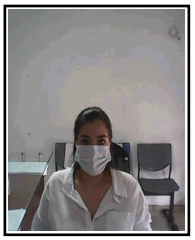
UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL

**MORA GONZALEZ S.A.S**
*NIT. 805 020 878 - 5*
Resolución 0320 / 21 marzo 2013
Calle 23 Norte 5 BN 87, Cali - Colombia
Cels. 3162959800 - Tel. 6686528
E-mail. citas@unidadmedicaocupacional.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 32.906**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 07 MES | 2021 AÑO | CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO PRE OCUPACIONAL O DE INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| INDEPENDIENTE | INDEPENDIENTE |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ROJAS MUÑOZ JESENIA | FEMENINO | 29 AÑOS 10 MESES 15 DÍAS | CC (Tipo) | 1144047321 (Número) |

Cargo
**ABOGADA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: *NO APLICA*

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

| 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 MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | PERFIL LIPÍDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | HEMOCLASIFICACIÓN | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | TEST FRAMINGHAM | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN VISUAL : CONTINUAR CON LENTES CORRECTORES EN USO | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS | ESTILO DE VIDA SALUDABLE |
| CONTROL DE PESO | REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS E INGRESAR EN SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS | EJERCICIO REGULAR |
| | HIGIENE POSTURAL | ALIMENTACIÓN SALUDABLE |
| | PAUSAS ACTIVAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS | |

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE COVID 19: SE REALIZO ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA AL INGRESO DE LA INSTITUCION, NIEGA FIEBRE, CANSANCIO, TOS, CONGESTION NASAL, DOLOR DE GARGANTA, PERDIDA DEL SABOR O EL OLFATO. MANIFIESTA QUE NO HA TENIDO CONTACTO CON ALGUIEN, CON DIAGNOSTICO POSITIVO O CON PRESUNCION DE COVID-19. , EN LOS ULTIMOS 14 DIAS. SE REALIZA TOMA DE TEMPERATURA. SE ESTABLECE DISTANCIAMIENTO EN LA SALA DE ESPERA.

BIOSEGURIDAD DEL COVID-19
LA ATENCION BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO EL USO ADECUADO, DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GUANTES, TAPABOCAS, BATA Y CARETA), LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE GENERAL DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION DE CADA PACIENTE, CON EL FIN DE EVITAR EL CONTAGIO DEL NUEVO CORONAVIRUS LLAMADO 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Firma:**

Eric Valdés Guzmán
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic.045 29/01/2018 SDSV

**Nombre:** VALDES GUZMAN ERIC

**R. M.:** 14373 **L.S.O.:** 045 29-01-2018 SDSV

**Código de Seguridad**
**0171U1A32906**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ROJAS MUÑOZ JESENIA

**CC:** 1144047321

