I.P.S ADILAB
Medicina Laboral

ADILAB I.P.S
900.341.857-2
Carrera 43a # 34-95 PISO 10 TORRE NORTE
Cel. 3113120018 - E-mail. adilabmedicinalaboral@gmail.com
www.adilab.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 58.993

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	**02** MES	**2024** AÑO	**MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

CONSORCIO VINASCO&CO	**CONSORCIO VINASCO&CO**
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)

RIOS COLORADO CARLOS ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 11 MESES 7 DÍAS	CC	12402471
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Teléfonos	Dirección
3164870394	**CENTRALIDAD**

CARGO	EPS	AFP	ARL
RESIDENTE	MUTUAL SER	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

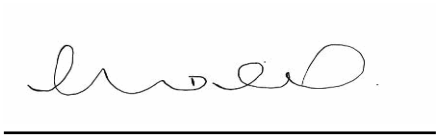
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA LABORES QUE IMPLICAN DETALLE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS HIGIENE PERSONAL FRECUENTE	DIETA BALANCEADA
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.
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 legislación vigente.
Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.

Médico



Firma:

Nombre: CHADID DIAZ ALEJANDRA

R. M.: 1605-02 **L.S.O.:** 127591

Código de Seguridad

W1177C1I58993

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RIOS COLORADO CARLOS ANDRES

CC: 12402471