InproSalud

INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

Tel 60-1+7443330 - E-mail. comercial@inprosalud.com.co

www.inprosalud.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.701

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	02 MES	2023 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
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)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARRUBLA QUIROZ CLAUDIA JANETH	FEMENINO	44 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS	CC	43280340
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO*

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 MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : DE ACUERDO AL CARGO O ACTIVIDADES A REALIZAR	HABITOS SALUDABLES : DORMIR ENTRE 6 A 8 HORAS DIARIAS
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS MÍNIMO 2 VECES POR JORNADA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : CAMINAR 45 MINUTOS DIARIOS 4 A 5 VECES POR SEMANA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO TIENE RESTRICCIÓN ALGUNA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO OCUPACIONAL PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, PORQUE NO PRESENTA NINGÚN TIPO DE ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD EN EL MOMENTO DEL EXAMEN. SE RECOMIENDA UNA ACTIVIDAD FISICA REGULAR, UNA DIETA BALANCEADA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS MÍNIMO 2 VECES POR JORNADA, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, SEGUIR PROTOCOLOS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL.

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

Firma: Henry Herrera C.

Nombre: HERRERA CASTRO HENRY ARAMIS

R. M.: CMC2016-15214 **L.S.O.:** 2020060113697

Código de Seguridad K820Q1W22701

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARRUBLA QUIROZ CLAUDIA JANETH

CC: 43280340

Escaneado con CamScanner