



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5-53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



N° 39.295

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
20 DIA	09 MES	2023 AÑO	
GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)			
Ciudad			

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

PARTICULAR

PARTICULAR

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)

SUAREZ MANZANO HAROLD GONZALO

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

50 AÑOS 10
MESES 2 DIAS

CC

14896390

Apellidos y Nombres

Tipo

Numero

Cargo

CONTRATISTA

Celular
3156169143

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: **RECOMENDACIONES ANOTADAS**

N/A NO SE EVALUARON 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 EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-ADOPTAR Y FOMENTAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES (ES VOLUNTARIO), ENTRE ELLOS:

-(1) PRACTICAR UN DEPORTE O REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL AIRE LIBRE DIARIAMENTE (CAMINAR Y REALIZAR FLEXO EXTENSIÓN GENERAL), ADEMÁS SE RECOMIENDA,

-(2) DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y SAL, EVITANDO O DISMINUYENDO EL CONSUMO DE ARROZ, TODO TIPO DE PRODUCTOS

(COMIDAS Y/O BEBIDAS) QUE CONTENGAN AZÚCAR, PANELA, MIEL Y LA COMIDA CHATARRA.

-(3) DISMINUIR LA PORCIÓN (CANTIDAD) DE ALIMENTOS A CONSUMIR EN CADA RACIÓN DIARIA.

-(4) BAJAR DE PESO .

USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA.

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR

ARTICULAR O LIMITACIÓN FÍSICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS , CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSGURIDAD PARA 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Firma:

Nombre:

Nombre:

ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

SUAREZ MANZANO HAROLD GONZALO

R. M.:

137420-04

L.S.O.: 0420

CC:

14896390