

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini

RM 137420-01 Resolución 0120

Aprobado por Resolución No 0812- Na. 900418219-5

Carrera 16 No 5-53- Guadalajara de Buga

Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



Nº 2.002

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24	01	2019	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ALCALDIA DE BUGA				ALCALDIA DE BUGA			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TL, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
LENIS NAVIA HENNY ALEXANDRA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC	1116252263
Cargos				Cédula			
CONTRATISTA				3137450408			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO.							
NO SE EVALUARÁN 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		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
USO Estricto y Adecuado de los Elementos de Protección Personal que le suministren, acorde con los factores de riesgo a los que se encuentre expuesto. CONTROL VISUAL ANUAL EN SU EPS. -EVITAR PERMANECER MUCHO TIEMPO EN LA MISMA POSTURA (MÁXIMO 2 HORAS) -DEBE HACER PAUSA ACTIVA CADA DOS HORAS DURANTE 10 MINUTOS. -AUTO EXAMEN DE MAMA CADA DOS MESES. -CITOLOGÍA VAGINAL CONTROL CADA AÑO O DE ACUERDO A RESULTADO ANTERIOR.							
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 competentes 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: <i>Laura Anaya Hadechini</i>				Firma: <i>Henry A. Lenis Navia</i>			
Nombre: ANAYA LAURA				Nombre: LENIS NAVIA HENNY ALEXANDRA			
R. M.: 137420-04				CC: 1116252263			
L.S.O.: 0420							