Salud Integral Sabana S.A.S.
Nit. 900.536.124-0
Calle 97 A N. 51- 56
Tel. 6-316252- Cel. 310-629 9834
ipssaludintegralsabana@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 86.899

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	06 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	INGRESO OSTEOMUSCULAR COMPLETO

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

INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
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)

CHACON FIGUEROA JOSE LUIS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	68 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC	19358954
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

ESPECIALISTA EN ESTRUCTURAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL PERIÓDICO : ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL PERIÓDICO : ANUAL		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASQAS Y AHRINAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO EXPONERSE A RUIDO SUPERIOR A 85 DB, NO USO DE AUDÍFONOS PARA ESCUCHAR MÚSICA, REPOSO AUDITIVO POST JORNADA LABORAL, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL Y SEGUIR PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA, VALORACIÓN POR OTORRINO Y EXÁMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional, paraclínicos y pruebas complementarias registrados en este documento. Los profesionales que participan en la práctica de estos exámenes me han explicado la naturaleza y propósito de los mismos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar en qué consiste el procedimiento, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico ocupacional, paraclínicos y pruebas complementarias a partir de la asesoría brindada. La información que suministro es cierta, completa y manifiesto que no existen dudas y declaro estar en plena capacidad legal, física, mental para dar mi consentimiento en forma voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Autorización del tratamiento de la información: Declaro de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS Salud Integral Sabana S.A.S, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso y en general el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y de transmitir esta información a terceros (EPS, ARL, AFP y cualquier otra entidad de conformidad con la normatividad legal vigente), no pudiendo revelarlos para fines distintos al desarrollo del objeto del presente documento. He sido informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder a los mismos.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	Jorge Luis Ortega M. Médico Gerente Hospitalario Esp. Salud Ocupacional RM: 5275 LSO: 13655	Firma:	
Nombre:	ORTEGA MAYA JORGE LUIS	Nombre:	CHACON FIGUEROA JOSE LUIS
R. M.:	5275 L.S.O.: 13655	CC:	19358954