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° 25.567

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	03 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS EN ALTURAS**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ENERGIZANDO INGENIERIA Y CONSTRUCCION S.A.S	**110301 ADE. ELECTRICA HOSPITAL MUA T5 2022**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARTAGENA PIEDRAHITA JUAN LUIS	MASCULINO	41 AÑOS 1 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	70471955 (Número)

Teléfonos	Dirección
3506507231	**CLL 100 G 84 14**

CARGO	EPS	AFP	ARL
ENCARGADO INTERNAS	SURA	PROTECCION}	COLMENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR CON RECOMENDACIÓN

Observaciones: *NO APLICA*

NO APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APTO	PARA TRABAJO CON ENERGIA SEGUN RESOLUCION 5018 DEL 2019

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
METABOLICA	TEMPORAL	NO DEBE REALIZAR LABORES EN ALTURAS NI EN CONFINADOS

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

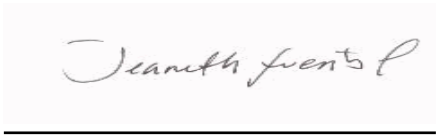
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SEGUIMIENTO DE ALTERACION DE LABORATORIOS POR LA EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DEBE CONSULTAR POR ALTERACIÓN DE LABORATORIOS POR EPS
RESTRICCION TEMPORAL HASTA CONTROLAR ALTERACION DE LABORATORIOS
PUEDE LABORAR A NIVEL DEL PISO

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

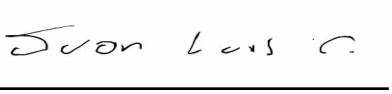
Firma: 

Nombre: FUENTES PIMIENTA JEANETH

R. M.: 2700724 **L.S.O.:** 60100192

Código de Seguridad
V1177B1H25567

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CARTAGENA PIEDRAHITA JUAN LUIS

CC: 70471955