RODRIGO BUITRAGO CARDONA
MEDICO GENERAL U. DE A. REG 1151/93
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL U. DE A.
LICENCIA: RESOLUCIÓN S5607 DE 02.03.2015
Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHS217961
Celular: 312 757 9040 - e-mail: rbuitragoc1@hotmail.com
Calle 7 N° 9-63



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.755

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO 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

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	
FLOREZ BLANDON ALEJANDRA	FEMENINO	26 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC	1047971947
	Teléfonos		Tipo	Número

CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) — N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MUSCULO OSTEOMUSCULAR: ARCOS DE MOVIMIENTO, FUERZA SEGMENTARIA, CURVATURAS DE COLUMNA: NORMALES
AGUDEZA VISUAL: OJOS Y SUS ANEXOS: NORMALES. ------ FONDO DE OJO: NORMAL. ---AGUDEZA VISUAL: AMBOS OJOS, 20/20 OI) OD: 20/20.
SISTEMA AUDITIVO: PABELLONES AURICULARES, CONDUCTOS AUDITIVOS Y TIMPANOS: NORMALES. --AGUDEZA AUDITIVA NORMAL

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 riesgo, 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 empresas 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 que 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

Rodrigo Buitrago C.
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad de Antioquia
Ley 1164/2007

Firma:
Nombre: BUITRAGO CARDONA RODRIGO
Ced: 1151-93 L.S.O.: S5607 DE 02.03.2015

Aspirante o Trabajador

Alejandra Flórez

Firma:
Nombre: FLOREZ BLANDON ALEJANDRA
CC: 1047971947