IPS CENTRO INTEGRADO DE ENVIGADO S.A.S
NIT. 900640195-8
Calle 51 Sur N° 48 - 66, Sabaneta
Cels. 3005309213 - 3244541392 - Tel. 60(4)4737286 - E-mail. centroipsenvigado@gmail.com
www.ipsenvigado.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.600

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	07 MES	2023 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA

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

INDEPENDIENTE CONTADO	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)

MORENO SILVA SANDRA XIMENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	40 AÑOS 10 MESES 9 DÍAS	CC	63397715
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA(DOCENTE)

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN 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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA	✓	VISIOMETRIA POR OPTOMETRA	✓
AUDIOMETRIA	✓	----------	

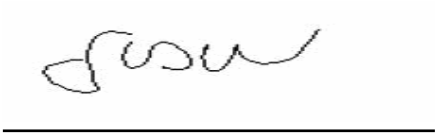
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES Y TRATAMIENTO MEDICO EN LA EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR GAFAS SEGUN PRESCRIPCION DEL OPTOMETRA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-EXAMEN FÍSICO OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS
-VISIOMETRIA- NORMAL
-SE RECOMIENDA EL USO DE CORRECCIÓN VISUAL FRENTE A PANTALLAS.
-AUDIOMETRÍA- NORMAL, CON CURVA DESCENDENTE EN AGUDAS.
-CONTINUAR CONTROL Y TRATAMIENTO DE SU PATOLOGÍA DE BASE EN SU ENTIDAD DE SALUD.
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES Y VISUALES CON REGULARIDAD.
-SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA.
-RECUERDE PRACTICAR EL AUTOCUIDADO EN SU LUGAR DE TRABAJO.

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:

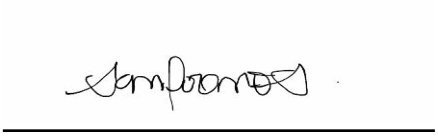
Nombre: COLORADO VARGAS GABRIEL OSCAR

R. M.: 45481993 **L.S.O.:** 2016060074930

Código de Seguridad

Y1070E1K5600

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORENO SILVA SANDRA XIMENA

CC: 63397715