SEGUMEDIC
Comprometidos con Su Seguridad

NIT. 900.902.524 - 3
Carrera 49 # 45-39 Itagüí - Antioquia
Cel. 305 309 8044 - Tel. 6129734 - 6129737
E-mail. espseguridadysalud@gmail.com
www.segumedic.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.074

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	07 MES	2024 AÑO	ITAGUI (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

GOMEZ FERNANDEZ OMAR AUGUSTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 9 MESES 15 DÍAS	CC	3391686
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	1.00	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	PERFIL LIPÍDICO
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	Énfasis Psicosocial
AUDIOMETRÍA	ENFASIS RESPIRATORIO
VISIOMETRÍA	ENFASIS DERMATOLOGICO
GLUCOSA EN SUERO	ENFASIS CARDIOVASCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA VASCULAR EN SU ENTIDAD DE SALUD. ACTUALMENTE CONTROLADO.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : SE RECOMIENDA REALIZAR CONTROL DE PERFIL LIPIDICO EN 3 MESES EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA SEGUIMIENTO.		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

* ÉNFASIS PSICOSOCIAL: SIN RIESGOS QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR.
* ÉNFASIS RESPIRATORIO: TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES, EXAMEN FISICO Y ESTE CUESTIONARIO, SE CONSIDERA EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACION RESPIRATORIA QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR.
* ÉNFASIS DERMATOLÓGICO: TENIENDO EN CUENTA EXAMEN FISICO A LA INSPECCCION DEL FOTOTIPO, COLOR, VARIACIONES LOCALES Y TEXTURA DE LA PIEL SE CONSIDERA EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DERMATOLOGICA QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR.
* ÉNFASIS CARDIOVASCULAR: TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES, EXAMEN FISICO, PRUEBAS. SE CONSIDERA NO PRESENTA ALTERACION CARDIOVASCULAR QUE PUEDA INTERFERIR CON SU LABOR.

OCUPACIONALES: ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, ASINTOMATICO, EN EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL REALIZADO SE HIZO UNA REVISIÓN DE SU SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y COLUMNA, DESCARTANDO PATOLOGÍAS O SECUELAS DE ESTAS QUE PUDIERAN CONSTITUIR UN RIESGO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL, POR LO TANTO SE CONSIDERA ADECUADA SU CONDICIÓN DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE LAS DISTINTAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. SE RECOMIENDA PROMOVER ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLES, CAPACITAR EN RIESGOS INHERENTES AL CARGO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION Y CAPACITACION EN SU USO Y MANTENIMIENTO, INFORMACION Y FORMACION AL TRABAJADOR SOBRE RIESGOS Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONTROL ANUAL POR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Powered by CamScanner

ntimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este mento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el pósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este amen 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 as 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: C.C. 1067283780

Nombre: ARRIETA MESTRA LILIANA PAOLA

R. M.: 1329494 **L.S.O.:** 2021060008548

Código de Seguridad
N1240T1Z13074

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GOMEZ FERNANDEZ OMAR AUGUSTO

CC: 3391686

Powered by CamScanner