SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS

Barranquilla, Colombia www.ssobq.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.352

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	04 MES	2020 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	PARTICULARES
Empresa contratante	Empresa en misión

DATOS DEL COLABORADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificacion CC: Cedula de Ciudadania, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y nombres	Genero	Edad	Documento de identificación	
NAVARRO BALDOVINO KARINA ISABEL	FEMENINO	38 AÑOS	CC (Tipo)	22588685 (Número)

Cargo	Peso	Talla
ARCHIVO	53.00 kg	154 cm

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO .

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARON 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	OTROS : USO DE TAPABOCAS SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZO REVISIÓN DEL SISTEMA RESPIRATORIO MEDIANTE UN INTERROGATORIO A TRAVES DEL NEXO EPIDEMIOLOGICOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19; DURANTE SU EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL NO SE EVIDENCIA PATOLOGÍA DE POSIBLE ORIGEN RESPIRATORIO ACTIVO.

Consentimiento informado del aspirante o colaborador: 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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o colaborador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: RODRIGUEZ ARGOTE JUAN ERICK		Nombre: NAVARRO BALDOVINO KARINA ISABEL
R. M.: 478341/2009 L.S.O.: 07399	D493J1P30352	CC: 22588685

Software para el sector salud - www.biofile.com.co