05/06/2024 - Riesgo IV



CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS

NIT 900171617 - 3

Dirección CRA 21 N 26 - 52 SUR / CRA 21 N 23 - 38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA

Teléfonos 2397687 - 3478768

Correo electrónico centromedicolaya@gmail.com

www.centromedicolaya.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.564

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	03 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SUBRED SUR E.S.E
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)

CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	29 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1013653284 (Numero)
Apellidos y Nombres				

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

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 OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA VISIÓN PROXIMA DE USO PROLONGADO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA
	OTROS : PERFIL LIPIDICO, TSH, GLICEMIA PRE Y POSPRANDIAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OPTOMETRIA VISIOMETRIA: 1. REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA VISIÓN PROXIMA DE USO PROLONGADO.
2. SE DAN PAUTAS DE HIGIENE VISUAL TERAPIA 20/20/20 (POR 20MN QUE SE ENCUENTRE MIRANDO EN VISIÓN PROXIMA "CERCA" MIRE 20SEG DE LEJOS FIJANDO UN PUNTO A 20PIES "6METROS".
3. CONTROL 1 AÑO

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

Médico

Dr. FRANKLIN ANDRES GUEVARA
Médico Cirujano
Médico Especialista en SST
TEXTUS RM. CE. 289190
Licencia Ocupacional No. 6011 de 09/05/2018

Firma

Nombre: GUEVARA VILLALBA FRANKLIN ANDRES

Aspirante o Trabajador

Firma: Carolina R.R

Nombre: CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO

Powered by CamScanner