PREVER SST SAS
NIT 901.154.429 - 5
Soluciones Integrales en Seguridad y Salud Laboral
Calle 42 Norte No 5n-08 La Flora Cali . Colombia
Servicio al cliente: 3117892204 - 3168275306 - 3153401091 Tel. (032) 3923274
Departamento contable: 3160176268
gerencia@preversst.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.038

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	06 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
LAM CONSTRUCCIONES SAS	**LAM CONSTRUCCIONES SAS**

DATOS 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	
TORRES HURTADO WILMORE	MASCULINO	58 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	16719172 (Número)

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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 MÉDICO OCUPACIONAL	NORMAL	GLICEMIA	NORMAL
AUDIOMETRÍA	ALTERADO	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
VISIOMETRÍA	NORMAL	ENFASIS PARA TRABAJO EN ALTURAS	ALTERADO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA: RESTRICCIÓN DE FRITOS, DISMINUCIÓN DE CONSUMO DE SAL, COMER VERDURAS Y FRUTAS, BEBA 2 LITROS DE AGUA, EVITE EL CONSUMO DE HARINAS COMO PAPA, PLÁTANO, YUCA, PAN, ARROZ, PASTA. GRANOS 2 VECES POR SEMANA, HACER DEPORTE: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES A LA SEMANA 30 MINUTOS COMO CAMINATAS.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL: CADA 6 MESES, ESPECIALISTA: ORL , EXAMEN VISUAL DE CONTROL, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

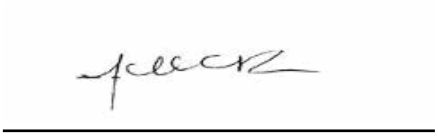
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: ADOPTAR UNA POSTURA ADECUADA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE LAS PIERNAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, SVE AUDITIVO: SE RECOMIENDA INGRESO A PVE CONSERVACIÓN AUDITIVA, NO EXPONERSE A RUIDO MAYOR DE 80DB, REPOSO AUDITIVO POSTERIOR A JORNADA LABORAL., SVE VISUAL, USO DE EPP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE APTO CON PATOLOGÍA, QUE NO PRESENTA RESTRICCIONES PARA SU LABOR. SE DAN RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES NO APTO PARA ALTURAS POR HIPOACUSIA

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:

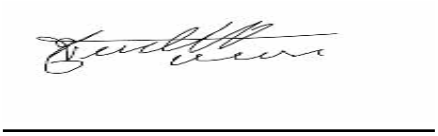
Nombre: GUERRERO RIVERA JULIAN MAURICIO

R. M.: 1130589273 **L.S.O.:** 8605-2022

Código de Seguridad

S213Y1E34038

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TORRES HURTADO WILMORE

CC: 16719172

PREVER SST SAS
NIT 901.154.429 - 5
Soluciones Integrales en Seguridad y Salud Laboral
Calle 42 Norte No 5n-08 La Flora Cali . Colombia
Servicio al cliente: 3117892204 - 3168275306 - 3153401091 Tel. (032) 3923274
Departamento contable: 3160176268
gerencia@preversst.com.co

RECOMENDACIONES

Paciente: TORRES HURTADO WILMORE

Fecha: 25/06/2024

Identificación: CC: 16719172

Fecha Nacimiento: 11/10/1965

Cargo: OFICIAL

Edad: 58 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS

Tipo de Sangre: O -

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Género: MASCULINO

Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

Dirección: CRA 40B # 16-61

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA: RESTRICCIÓN DE FRITOS, DISMINUCIÓN DE CONSUMO DE SAL, COMER VERDURAS Y FRUTAS, BEBA 2 LITROS DE AGUA, EVITE EL CONSUMO DE HARINAS COMO PAPA, PLÁTANO, YUCA, PAN, ARROZ, PASTA. GRANOS 2 VECES POR SEMANA, HACER DEPORTE: REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES A LA SEMANA 30 MINUTOS COMO CAMINATAS.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL: CADA 6 MESES, ESPECIALISTA: ORL , EXAMEN VISUAL DE CONTROL, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: ADOPTAR UNA POSTURA ADECUADA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE LAS PIERNAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, SVE AUDITIVO: SE RECOMIENDA INGRESO A PVE CONSERVACIÓN AUDITIVA, NO EXPONERSE A RUIDO MAYOR DE 80DB, REPOSO AUDITIVO POSTERIOR A JORNADA LABORAL., SVE VISUAL, USO DE EPP