MEDICENTER I.P.S CRC S.A.S
SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Tel: 320 492 7431 - 311 856 6335
Dir: Cra 23 # 10 - 163 Barrio La Esperanza
E-mail: medicenterips2@gmail.com
San José - Guaviare



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.553

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	07 MES	2024 AÑO	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
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)

SILVA PEREZ OSCAR ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	55 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	CC	10131450
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

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 OSTEOMUSCULAR ✓	PERFIL LIPICO (P.L) ✓
OPTOMETRÍA ✓	CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA) ✓
GLICEMIA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL CON MEDICIÓN DE GLICEMIA EN AYUNAS		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : DISMINUIR CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y AZÚCARES REFINADOS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO OSTEOMUSULAR DENTRO DE LA NORMALIDAD

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

Natalia Pitalua Wilches
Medico General U. Andes
Resolución 95 308
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. Minuto

Firma:

Nombre: PITALUA WILCHES NATALIA INES

R. M.: 1007585231 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
B549H1N23553

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SILVA PEREZ OSCAR ANTONIO

CC: 10131450

Powered by CamScanner