MEDICINA LABORAL Y DEL TRABAJO
"El Trabajo y la Salud van de la mano"

DR. CESAR AUGUSTO LANCHEROS URBINA

NIT. 79453443
Sede 1: Carrera 9 # 14-120, Cons. 201, Edificio Somed, Chiquinquirá Boyacá
Sede 2: Carrera 7 # 17-09, Local 2, Moniquirá Boyacá
Cel. 3114895113
E-mail: cesalud.ocupacional@outlook.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.753

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	10 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION OCUPACIONAL

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

PARTICULARES	INDEPENDIENTE
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)

GAONA FONSECA PEDRO ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 1 MESES 17 DÍAS	CC	1022970253
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO*

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 OSTEOMUSCULAR ✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE VALORADO, CON EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO DENTRO DE LÍMITES NORMALES, OSTEOMUSCULAR NORMAL
NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO, O ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

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		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	LANCHEROS URBINA CESAR	Nombre:	GAONA FONSECA PEDRO ANTONIO
R. M.:	6669-93	CC:	1022970253
L.S.O.:	25-1605-18-03-2015		