INGENIERÍA MÉDICA DEL TRABAJO IPS

Nit: 901298933-4
Carrera 14 # 17 -51 Duitama- Boyacá
Cel 314 451 3124 y 313 346 0908
informacion@ingemedt.com
web: ww.ingemedt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.543

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2024 AÑO	DUITAMA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

RODRIGUEZ DIAZ BAYARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	41 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC Tipo	74379099 Número

Cargo
CONTADOR PUBLICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

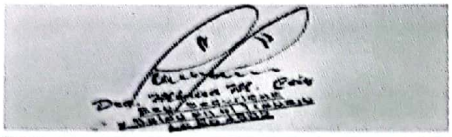
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMEDACIONES DE DIETA RICA EN FRUTA, VERDUTA Y BAJA EN GRASAS Y CARBHIDRATOS
ACTIVIDAD FISICA REGULAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al Medico (a) E.S.O., abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Medico (a) E.S.O. , 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, verídicas y no he omitido información. Autorizo al Medico (a) E.S.O 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



Firma:

Nombre: CELY DIAZ MONICA MAGALLY

R. M.: 1020737134 L.S.O.: 5475 DE 2017

Código de Seguridad
D615J1P10543

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ DIAZ BAYARDO

CC: 74379099

Scanned with CamScanner