JORGE NARVAEZ VELASCO
Médico Especialista en Salud Ocupacional
NIT. 98.358.393-9
Carrera 6B # 26a Bis B/. Mistares III Etapa - Ipiales
Cel. 318 240 71 83 - Tel. 7733922 - E-mail. narvaezvelascosaludocupacional@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 123

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	**01** MES	**2024** AÑO	**IPIALES (NARIÑO, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

PARTICULARES CONTADO	**HOSPITAL DIVINO NIÑO**
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)

FLORES AREVALO ADRIANA YANETH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	48 AÑOS 7 MESES 27 DÍAS	CC	59829253
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL DE APOYO FINANCIERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
VALORACIÓN POR EPS: SE LE RECOMIENDA SOLICITAR EN LA ENTIDAD DE SALUD A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO, EVALUACIÓN Y PLAN DE MANEJO DE SU DEFECTO DE REFRACCIÓN POR OPTÓMETRA.	USO DE EPP: UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA SEGURIDAD EN SU TRABAJO HABITUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURA: CUMPLIR CON LAS PAUSAS ACTIVAS Y DESCANSOS PROGRAMADOS	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE: SE LE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS TIPO TROTE, NATACIÓN, CICLISMO O AERÓBICOS DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS.
	CAPACITACIÓN: SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, SE DEBE CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE SU TRABAJO HABITUAL, CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS PARA EL TRABAJO SEGURO	DIETA BALANCEADA: SE LE RECOMIENDA QUE EVITE EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE AZÚCAR, HARINAS O GRASAS.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE LE RECOMIENDA ADOPTAR UNA ADECUADA POSTURA Y HÁBITOS POSTURALES TANTO EN POSICIÓN DE PIE COMO SENTADO.
CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES CIRCULAR 30 DE 2020 POR COVID 19: SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MÉDICA REALIZADA EL USUARIO NO PRESENTA COMORBILIDADES O CONDICIONES QUE LE PONEN EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCIÓN POR COVID 19, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR 30 DE 2020, EN SU NUMERAL 4.
ES DE VITAL IMPORTANCIA PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:
LAVAR NUESTRAS MANOS REGULARMENTE CON AGUA Y JABÓN, USAR TAPABOCAS CONVENCIONAL TODO EL TIEMPO EN ESPACIOS DONDE SEA IMPOSIBLE MANTENER DISTANCIAS MAYORES A 2 METROS, EVITAR TOCARSE LA CARA, LIMPIAR CONSTANTEMENTE CON DESINFECTANTE LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TENEMOS CONTACTO, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, NO SALUDE DE BESO NI DE MANO Y EVITE CONTACTO FÍSICO CUMPLIR CON TODAS LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FIEBRE, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR PARA TRAGAR, NOTIFÍQUELO A SU EMPLEADOR Y SU EPS, NO VAYA A LUGARES PÚBLICOS, ES IDEAL QUE SE AÍSLE PREVENTIVAMENTE.
CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: LA PRESENTE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE SE REALIZA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 , SE LLEVA A CABO DE FORMA INTEGRAL , TENIENDO EN CUENTA LA ENCUESTA DE SÍNTOMAS PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS Y VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS O CONDICIONES QUE LO ENMARQUEN EN UNA POBLACIÓN DE MANEJO ESPECIAL O DE MAYOR RIESGO DE COMPLICACIÓN EN CASO DE SUFRIR LA INFECCIÓN, EN CONCORDANCIA CON LO QUE ESTABLECEN LAS RESOLUCIONES 464 Y 666 DE 2020 Y LO DEFINIDO EN LA CIRCULAR NO 30 DE 2020, DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 'CUALQUIER HALLAZGO SIGNIFICATIVO ENCONTRADO EN

RELACIÓN A LA ACTUAL PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO E IMPLICACIONES OCUPACIONALES. ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE A FUTURO EL TRABAJADOR NO PADEZCA LA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA AL RESPECTO, SERÁ PERTINENTE QUE SE LE HAGA UNA NUEVA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD. POR TODO LO ANTERIOR SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS GENERALES Y ESPECÍFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD DE CADA EMPRESA Y EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIOS DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL'.

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

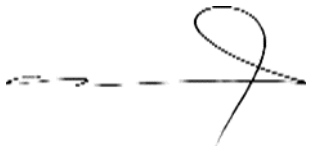


Firma:

Nombre: NARVAEZ VELASCO JORGE ALIRIO

R. M.: 524906 **L.S.O.:** 2380//2015

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: **ADRIANA YANETH FLORES AREVALO**

CC: 59829253