CONSULTORIO MEDICO
Dr. Reinel Antonio Castro Muñoz

Dr. Reinel Antonio Castro Muñoz
Correo: consultorio.medicoracm@gmail.com
Cel: 322 577 2126
Dirección: Calle 23 #10-65 Calle Empedrada
SAN JERÓNIMO - ANTIOQUIA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 576

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2024 AÑO	SAN JERÓNIMO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA 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)

ALVAREZ RODRIGEZ CATALINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	34 AÑOS 11 MESES 26 DÍAS	CC	1036337016
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE NOTARIADO Y REGISTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO 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:

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	SVE CARDIOVASCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR COMO AUXILIAR DE NOTARIADO Y REGISTRO, SE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, EL CUAL NO PRESENTA ALTERACION A LA FECHA.

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: CASTRO MUÑOZ REINEL ANTONIO

R. M.: 13390999 **L.S.O.:** S202006000S371

Código de Seguridad
Q1433W1C576

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ALVAREZ RODRIGEZ CATALINA

CC: 1036337016