OPTIMUS
-Soluciones Ocupacionales-
NIT - 71633161-2
www.optimusso.com gerencia@optimusso.com 301 770 5891 - 310 456 2424



N° 23.556

15	2	2024

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuario: EQX INGENIERIA Y PROYECTOS S.A.S
Actividad Económica: CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
Lugar del Exámen Ocupacional: RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Fecha de Ingreso: 15/02/2024 08:49 AM **Fecha de Egreso:** 15/02/2024 01:01 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: BRICEÑO ROJAS JUNIOR JOSE

Tipo de Identificación: PPT **Número de Identificación:** 6760678
Género: MASCULINO **Edad:** 25 AÑOS 7 MESES 11 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 05/07/1998 **Lugar de Nacimiento:** MARACAIBO (VENEZUELA, ZULIA)
Escolaridad: PRIMARIA **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: VEREDA FLORIDA EL CARMEN DE VIBORAL (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3225760934
EPS: SAVIA SALUD **ARL:** SURA **AFP:** NO RECUERDA

OCUPACIÓN: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXÁMENES REALIZADOS

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL INGRESO,AUDIOMETRÍA TAMIZ,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS **SI**

RESTRICCIONES LABORALES/OCUPACIONALES	TIPO	RECOMENDACIONES
.	PERMANENTE	1.- CUMPLIR LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2. - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; 3.-REALIZAR GIMNASIA ACTIVA Y ADQUIRIR HÁBITOS DE BUENA POSTURA; 4.-USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN RUIDOS POR ENCIMA DE 80 DB. ; 5.- EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 50 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 25 KG. SI REQUIERE MANEJO DE MAS PESO HACER USO DE EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA; 6.-USAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO; 7.-CONOCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN; 8.- INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD; 9.-INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA; 10.- MANTENER HABITOS SALUDABLES Y DIETA BALANCEADA
.	TEMPORAL	AMPLIAR ESTUDIO VISUAL CON OPTOMETRA EN SU EPS, SE REMITE.
.	PERMANENTE	HACER USO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE RUIDO INTENSO Y CONTINUO.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1.-EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: MENTALMENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA; ENFASIS EN PRUEBAS NEUROLOGICAS DE COORDINACION ESTATICAS Y DINAMICAS, NORMALES; ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL,TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, NORMALES.SIN EVENTOS DERMATOLOGICOS.
2- SE REALIZA EXAMEN DE LABORATORIO: GLUCOSA EN AYUNAS: NORMAL; COLESTEROL TOTAL: NORMAL; TRIGLICERIDOS: NORMAL.
3.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL , SU CAPACIDAD VISUAL ES DEFICIENTE, PERO NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION. REQUIERE SER CORREGIDA Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
4.-SE REALIZA AUDIOMETRIA: NORMAL.

Consentimiento informado: Bajo gravedad de juramento afirmo que contestado preguntas sin omitir información y son verídicas y verificables sobre mi historia de salud. Asisto voluntariamente, he sido informado (a), acepto, conozco, comprendo la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias diagnosticas realizadas .Para una atención integral y verificable se aporte a la historia clínica electrónica mi foto, huella y firma, se guarde de manera electrónica garantizando reserva y confidencialidad, entregando solo al empleador el Certificado Médico de mi Aptitud física y mental cuando esta última se requiera. El objetivo es establecer mi actual estado de salud y la aptitud para la posible actividad laboral en la empresa Autorizo para que informe al médico de salud ocupacional o laboral de la Empresa sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social). Acepto recomendaciones y restricciones sobre mi salud y puesto de trabajo para cumplir mi labor.

Médico



Firma:

Nombre: VELEZ RAVE JUAN CARLOS

R. M.: 5-1003-97 **L.S.O.:** 123526-15

Código de Seguridad

S44Y1E23556

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BRICEÑO ROJAS JUNIOR JOSE

PPT: 6760678