PREVENIR
PREVENCION DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL ASESORES

PREVENIR PLUS SAS
NIT. 805003840-4
Sede Administrativa: Calle 7 # 29 - 55 / Sede I: Cra 27 # 6a - 45
Sede II: Calle 34 AN # 3CN-22
Cels. 3503100025 - Tel. 5244020 - E-mail. servicioalcliente@prevenirsas.com
www.prevenirsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.569

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	09 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	PRE 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)

ROJAS MORALES ISMAEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 años 10 meses 6 dias	CC	7706541
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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 MÉDICA OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SE RECOMIENDA USO DE LENTES PERMANENTES POR CONDICION VISUAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE A RIESGOS	SE ACONSEJA MANTENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA	PAUSAS ACTIVAS	CONTROL DE PESO
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	ADECUADA HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
PACIENTE PRESENTA CONDICIÓN DE RIESGO QUIEN PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL CON ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y ADHERENCIA A LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR MINISTERIO DE SALUD CONDICION DE RIESGO CARDIOVASCULAR	LAVADO DE MANOS	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

DIETA SALUDABLE Y EJERCICIO.
HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

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: ROSERO RIASCOS JAMES ALBERTO			Nombre: ROJAS MORALES ISMAEL
R. M.: 1131084417	L.S.O.: 1082- 2020	Código de Seguridad X856D1J12189	CC: 7706541