

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA****DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****FORMATO CONCEPTO****Regional**

Tolima

Centro

Centro de Industria y Construcción

Nombre JOSE ORLANDO ARIAS BONILLA**Tipo Examen** Examen Medico Periodico**Fecha Creación** 2024-07-24 00:00:00**CONCEPTO**

02. Puede seguir laborando con recomendaciones dadas por el medico tratante

RECOMENDACIONES CONCEPTO

SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD ASOCIADA CON EL TRABAJO, RECOMENDACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONTINUA CONTROL EPS: CIRUGIA GENERAL Y ORTOPEDIA. NO EXPONER A ACTIVIDADES QUE REQUIERAN TRABAJO EN ALTURAS.

RESTRICCIONES CONCEPTO

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA EVITAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN IMPACTO ARTICULAR.

REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES

PSICOLOGICO	No	GENERAL	No
ESPECIALISTA	Si	ADICIONAL	No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica o psicológica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicológico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicológica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicológica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Aspirante o Trabajador**Medico o Psicólogo****Nombre** JOSE ORLANDO
ARIAS BONILLA**Nombre** Miguel Angel Barrios
Rengifo**Firma****Firma**

Dr. Miguel Angel Barrios R.
Medico y Cirujano
Esp. Medicina del Trabajo
R.M. 7394497
U. de Sal. Ocupacional 971
U. del Valle - U. del Rosario