



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.296

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
06 DÍA	02 MES	2023 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO	
			Ciudad		
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)					
SOTO HERNANDEZ CLAUDIA LILIANA			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	43 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC 60394213
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo					
ASESOR DE EMPRENDIMIENTO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA					
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:					
AGUDEZA VISUAL		✓		TRIGLICERIDOS	
ESPIROMETRIA		✓		LDL	
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL		✓		HDL	
GLICEMIA		✓		EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
COLESTEROL TOTAL		✓		TEST MINIMULT	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 O VIRUELA DEL MONO SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIÓDICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS.					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					

Médico

Firma: _____

Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS

R. M.: CMC2017-22575 L.S.O.: 81-1217



Código de Seguridad

I678O1U8296

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: SOTO HERNANDEZ CLAUDIA LILIANA

CC: 60394213