



FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9

Calle 12 # 2-68 Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel: 3162308756 E-mail: fisiohealthips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 14.166

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
18 DÍA	09 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULAR			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)				
VALENCIA TORRES SEBASTIAN			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	25 AÑOS 6 MESES 19 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
				1054570572
Cargos				Número
GERENTE				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO				
Observaciones: NO APLICA				
CUMPLE ENFASIS OSTEOMUSCULAR				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION				HABITOS SALUDABLES
				CONTROL DE PESO
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
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		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON		Nombre: VALENCIA TORRES SEBASTIAN		
R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909		Código de Seguridad CC: 1054570572		
R1124X1D14166				