

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT. 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 a
06 SUR, Barrio Kennedy Central. Cel: 3022542054

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N°197873

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DIA	08 MES	2024 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR OASPIRANTE

POLO VELASQUEZ BLAS CARLOS	79258996
Nombre de la empresa	CC / NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

BLAS CARLOS POLO VELASQUEZ	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	64 AÑOS	CC	79258996
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones:

NINGUNA

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 MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS)	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓		
AUDIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDELABORE.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 dada. 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 veridicas. 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: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	Nombre BLAS CARLOS POLO VELASQUEZ
R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST.	CC: 79258996

Scanned with CamScanner