SIO SALUD INTEGRAL SAS

Nit: 901.545.738-4
Dirección: Cra 49B No 91-91 Barrio la castellana
Correo electrónico: siosaludintegral@gmail.com
Telefono: 3123530163 - 6016755655



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.432

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	12 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALONSO PRIETO LEIDY JOHANNA	FEMENINO	29 AÑOS 2 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1010224458 (Número)

argo
TRABAJADORA SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES MEDICAS

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:

EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PREINGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ALERGOLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA IMC DE 28 SE RECOMIENDA PROCURAR UNA DIETA EQUILIBRADA, RICA EN FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CEREALES INTEGRALES Y GRASAS SALUDABLES, Y BAJA EN AZÚCARES, GRASAS SATURADAS Y SODIO. REALIZAR AL MENOS 150 MINUTOS DE ACTIVIDAD ÍSICA MODERADA A LA SEMANA.

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

Firma: jfchn

Nombre: CHAMARRAVI NIEVES JOSE FEDERICO

R. M.: 1084/2002 L.S.O.: 4052 DE 12-04-201

Código de Seguridad M1142S1Y9432

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ALONSO PRIETO LEIDY JOHANNA

CC: 1010224458