Meditac Salud IPS SAS
NIT. 901504245-1
Carrera 24 # 86 - 28
Cel. 317 522 4851 - Tel. 6016496259 - E-mail. meditacsalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.623

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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 NIÑEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ 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	
BRAVO NARANJO DIANA CECILIA	FEMENINO	46 AÑOS 6 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	35163202 (Número)

AUXILIAR DE SERVICIO DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA 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:

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HONGOS EXAMEN DIRECTO KOH	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS FARINGEO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA.
CONSULTA PRIORITARIA EN LA EPS POR NUTRICIONISTA Y PROGRAMA DE OBESIDAD
ALIMENTACIÓN SANA Y BALANCEADA, RICA EN PROTEÍNAS, BAJA EN SAL, BAJA EN GRASAS Y BAJA HARINAS.
CONTROL AUDITIVO UNA VEZ AL AÑO
CONTROL VISUAL UNA VEZ AL AÑO

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: MARTINEZ CASTRO OSCAR GONZALO

R. M.: 3639/88 L.S.O.: 154774/16

Código de Seguridad
X1260D1J6623

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BRAVO NARANJO DIANA CECILIA

CC: 35163202