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° 402

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	11 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO

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	
CALAO BEDOLLA EDILMA MILENA	FEMENINO	48 AÑOS 5 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	50953747 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PERIODICO CON RECOMENDACIONES

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 OSTEOMUSCULAR PERIODICA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PROGRAMA DE CRONICOS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : COMPRESION BAJA 8-15MMHG	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : ORTOPEDIA, NEUROLOGIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS	HACER DEPORTE : MINIMO 150 MINUTOS A LA SEMANA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA : EVITAR GRASAS HARINAS, AZUCARES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADORA CON ANTECEDENTE DE LUXACION DE HOMBRO RECIENTE POR LO ANTERIOR SE RECOMIENDA EVITAR LEVANTAR OBJETOS PESADOS, EVITAR MOVIMIENTOS BRUSCOS CON LAS ARTICULACIONES DE LOS HOMBROS , SOLICITAR CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
TRABAJADORA CON ANTECEDENTE DE MIGRAÑA FRECUENTE, POR LO ANTERIOR SE SUGIERE TRABAJO DIURNO, VALORACION POR NEUROLOGIA DE SU EPS

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

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: CALAO BEDOLLA EDILMA MILENA