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° 429

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 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	
GOMEZ MALAVER RUTH EDILMA	FEMENINO	57 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS	Tipo: CC	Número: 20796201

Cargo
SERVICIOS GENERALES

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 : POR MEDICINA GENERAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : COMPRESUION BAJA 8-15MMHG	SVE VISUAL	HACER DEPORTE : MINIMO 150 MINUTOS A LA SEMANA
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADORA CON PERDIDA DE LA FUERZA EN ANTEBRAZO DERECHO, SE RECOMIENDA CONTINUAR SUS ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS POR LA EPS, POR EL MOMENTO EVITAR LEVANTAR OBJETOS PESADOS, ALTERNAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS CON OTRAS ACTIVIDADES, EVITAR MANIPULAR MAQUINAS QUE GENERERN VIBRACION

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
Z1142F1L429

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GOMEZ MALAVER RUTH EDILMA

CC: 20796201