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° 6.692

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

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

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

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

MELO AGUILAR NOHORA ISABEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	56 AÑOS 3 MESES 15 DÍAS	CC	52582452
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

AUXILIAR 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
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
ESPECIALISTA : ORTOPEDIA	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.IZAR EJERCICIO CARDIVASCULAR. 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 PPOR PORGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.
IR A ORTOPEDIA POR EPS.
PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES CADA 2 HORAS POR 10 MINUTOS
TENER POSTURAS ADECUADAS AL REALIZAR LA ACTIVIDAD
EVITAR LEVANTAMMIENTOS DE CARGAS MAYORES A 10 KG EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
PREVIO A INICIAR LA ACTIVIDAD O JORNADA LABORAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES POR 10 MINUTOS
USO DE MEDIAS ANTIVARICES.

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.