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° 10.304

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	11 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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	
ROMERO RODRIGUEZ MARIA FERNANDA	FEMENINO	26 AÑOS 5 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1019131028 (Número)

PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

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:

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTINUAR CON FISIOTERAPIAS POR EPS.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
ESPECIALISTA : CONTROL POR ORTOPEDIA DE EPS.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS INFERIORES CADA 2 HORAS POR 10 MINUTOS
TENER POSTURAS ADECUADAS AL REALIZAR LA ACTIVIDAD
PREVIO A INICIAR LA ACTIVIDAD O JORNADA LABORAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS INFERIORES POR 10 MINUTOS
REALIZAR EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA.
ALIMENTACIÓN SANA Y BALANCEADA, RICA EN PROTEÍNAS, BAJA EN SAL, BAJA EN GRASAS Y BAJA HARINAS.

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:

Nombre: FLORES FERNANDO JOSE

R. M.: 1092014427 **L.S.O.:** 8509

Código de Seguridad
K1260Q1W10304

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROMERO RODRIGUEZ MARIA FERNANDA

CC: 1019131028