AVANCEMOS SERVICIOS DE SALUD IPS
Dirección: Calle 9#20-44
Celulares: 3115963274- 3222847792
Página web: www.avancemossaludips.com
Yopal - Casanare



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.321

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2024 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PAOLA ANDRE RODRIGUEZ RODRIGUEZ	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	35 AÑOS	CC	1118546901
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
RECREACIÓN DEPORTIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICÉRIDOS	✓
COLESTEROL	✓	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO CRC	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	SVE CARDIOVASCULAR	
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CON LOS EXAMENES COMPLEMENTAIROS Y EL EXAMEN FISÍCO SE EMITE CONCEPTO, CAPACITACIÓN DE LOS RIESGOS INHERENTES AL CARGO

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 mi en este examen son completas y ver idicas. 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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				Firma:	
Nombre:	BARAJAS CALLE WILLIAM ENRIQUE			Nombre:	RODRIGUEZ RODRIGUEZ PAOLA ANDRE
R. M.:	85250/09	L.S.O.: 13589	Código de Seguridad I1368O1U402	CC:	1118546901