Adriana Cuy Rivera
Especialista en Salud Ocupacional
Concepto Médico Ocupacional
NIT 901066615-1
acririveraa@gmail.com



240709

ACR IPS Vital Laboral S.A.S

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

FECHA, CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN		TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
24 DE ENE. DE 24	(OCAÑA, NORTE DE SANTANDER)	INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
-ALCALDIA MUNICIPAL DE OCAÑA-	

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	I.D. Tipo	I.D. Número
ANGIEE KATERINE MEJIA CASADIEGO	FEMENINO	42 AÑOS	CC	37336961

ASESORA PROYECTOS
Cargo

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: El trabajador posee capacidad psicofísica para realizar las tareas asignadas a su trabajo sin que éste suponga riesgo para su propia salud o la de terceros

Observaciones: *NO APLICA*

☑ Musculo esquelético ☐ Alturas ☐ Manipulación de alimentos ☐ Espacios confinados

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA	NO APLICA	NO APLICA

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

☐ Hemograma ☐ Coleserol total ☐ Colesterol HDL ☐ Colesterol LDL ☐ Colesterol no HDL ☐ Triglicéridos ☐ Glicemia ☐ VDRL

☐ BK Esputo ☐ KOH uñas ☐ Frotis faringeo ☐ Coprológico ☐ Visiometría ☐ Audiometría ☐ Rx columna ☐ Espiro´metría ☐ EKG

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO EPP	IR A LA OFICINA EN BICICLETA O CAMINANO
	REPORTAR ACCIENTES LABORALES A LA ARL	USAR TRANPORTE PÚBLICO
		PARQUEAR EL CARRO O MOTO LEJOS DE OFICINA
		HACER PAUSAS ACTIVAS CON ESTIRAMIENTOS
		CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS
		DIETA BALANCEADA
		HACER EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO SIN RESTRICCIÓN

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al Dr.(a) abajo mencionado de realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Dr. (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen. He comprendido y he entendido 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. Informo que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas.

Autorizo a ACR VITAL LABORAL SAS, para que suministre a las personas o entidades contempladas, la información contemplada en este documento, igualmente para que remitan mi historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado y entiendo que para ello ACR VITAL LABORAL SAS manejara dicha información acorde a lo contemplado en la ley 1581 de del 2012 de Haveas Data. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendidoperfectamente lo anterior que tales espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: ADRIANA CUY Médico General y Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo RM 1997 LSO 25-5981

Nombre: **Delia Adriana Cuy Rivera**

R. M.: 25-5981 DE 2015

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: ANGIEE KATERINE MEJIA CASADIEGO

I.D.: 37336961

Elaborado en: **24 DE ENE. DE 24**