Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.933

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
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)

VARGAS MARIN WILSON ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41 AÑOS 4 MESES 11 DÍAS	CC	80757567
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
REGENTE DE FARMACIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES (PATOLOGIAS QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

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

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

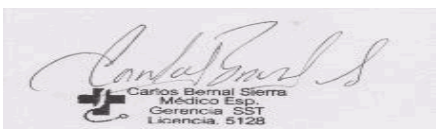
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE ESPECILIDAD TRATANTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL PREVENTIVA ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ENFASIS EN COLUMNA ALTERNAR POSTURA PIE SENTADO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 30 MINUTOS DIARIOS
ESPECIALISTA : NEFROLOGIA PERIODICA	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	OTROS : SE EXPLICA HELLASGOZ DEL EXAMEN ,SE DAN SIGNOS DEALARMA Y RECONSULTA POR URGENCIAS EN CASO DE PRESENTARLOS EVITAR JORNADA LA BORAL DE MAS DE 8 HORAS O EN HORIO NOCTUNO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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



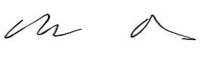
Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
B367H1N27933

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VARGAS MARIN WILSON ANDRES

CC: 80757567