CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN		TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
25/03/2025	Villavicencio -Meta **CIUDAD**	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORO O LABORARA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
CASA FISCALES (BATALLÓN TAURAMENA CASANARE	PARTICULAR
NOMBRE DE EMPRESA	TIPO

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE

	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
RAFAEL OJEDA CHAVEZ	MASCULINO	57 Años	CC	18261286
NOMBRES Y APELLIDOS			TIPO	NUMERO

CARGO	OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PACIENTE APTA PARA VINCULACION LABORAL

OBSERVACION	N/A
N/A	NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, espacios confinados, Manipular alimentos)

RESTRCCIONES LABORALES	TIPO	OBSERVACIONES
Sin restricciones laborales	No Aplica	No Aplica

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIO A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS:

consulta médica ocupacional de ingreso ✓	……

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
MANTENER HIGIGIENE CORRECTA DE MANOS PARA PREVENIR ENFERMEDADES	USO DE EPP SNE VISUAL SNE AUDITIVO SNE CARDIOVASCULAR PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SNE OSTEOMUSCULAR	HIBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA HACER DEPORTE DEJAR Y/O REDUCUR BEBIDAS ALCOHOLICAS NO FUMAR DIETA BALANCEADA

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 oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, los indicadores 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 exactas. Autorizo al doctor(a) para suministrar a las personas o autoridades competentes 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 autoridades competentes en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MEDICO

Dr. Elvis Eduardo Piñeres M.
CC 13.743.624
RM. 954542004
MEDICO U.I.S ESP S.O

Dr. ELVIS EDUARDO PIÑERES MEJÍA
Reg. Prof N° 954542004
RESOLUCIÓN M-SST 3107/2015
Médico Especialista en Medicina Laboral

ASPIRANTE O TRABAJADOR

FIRMA: _____

NOMBRE: RAFAEL OJEDA CHAVEZ

CEDULA: 18261286