



DÍA	MES	AÑO
3	6	2025

Hora Registro:

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

NOMBRE:	WHITNEY LOPEZ RAMIREZ	CEDULA:	71734749	EMPRESA CONTRATANTE:	PARTICULAR
CIUDAD	Medellín	CARGO:	INSTRUCTOR	EMPRESA EN MISIÓN	PARTICULAR
EPS	EPS SURA				

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN	FECHA
AUDIOMETRIA TAMIZ	3/6/2025
GLICEMIA	4/6/2025
OPTOMETRIA	3/6/2025
PERFIL LIPIDICO	4/6/2025

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO CON LIMITACIONES

VER RESTRICCIONES O LIMITACIONES EN OBSERVACIONES

Se realizó examen médico con evaluación osteomuscular

CONDUCTA:

Para Empresa

- APLICAR PAUSAS ACTIVAS
- INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL
- CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL

Para el Trabajador

- CONSULTAR Y CONTINUAR MANEJO CON MEDICO DE EPS
- ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

REALIZAR EVALUACION VISUAL PERIODICA PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LA SALUD VISUAL, EL CUAL DEBE ESTAR ACORDE A LAS EXIGENCIAS LABORALES.

JUNIO 3/2025: DEBE USAR CORRECCIÓN VISUAL. SE RECOMIENDA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO EN SU LUGAR DE ATENCIÓN EN SALUD, POR ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO DE LAS GRASAS. SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMÚN, QUE REQUIERE SER CONTROLADA PARA EVITAR EL RIESGO DE COMPLICACIONES. ALTO RIESGO DE PRESENTAR PANCRATITIS AGUDA POR HIPERQUILOMICRONEMIA Y SÍNDROME METABÓLICO. INGRESAR AL PROGRAMA DE CESACIÓN DEL TABAQUISMO, EN SU LUGAR DE ATENCIÓN EN SALUD. SE RECOMIENDA SEGUIR TRATAMIENTO, DE SU PATOLOGÍA DE BASE, EN SU LUGAR DE ATENCIÓN EN SALUD

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de la Historia Clínica Ocupacional. También certifico que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la realización de ésta(s) prueba(s) es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado, además que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confiabilidad de mis resultados.



CARLOS ALBERTO MEJIA ANGEL

Licencia No. L.S.O: 2016060000600/ RM: 3246/93

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL



FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.71734749

CALLE 48C # 65 - 23 - SECTOR SURAMERICANA - TELÉFONOS: 604 230 1810 - 300 912 5411 - E-mail: solicitudservicios@previlabor.co - MEDELLIN - COLOMBIA