SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS

Barranquilla, Colombia www.ssobq.com



N° 42.273

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10	09	2020	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL COLABORADOR O ASPIRANTE	
PARTICULAR	PARTICULAR
Empresa contratante	Empresa en misión

DATOS DEL COLABORADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC, Cedula de Ciudadania, CE, Cedula de Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
GARCIA AYALA CARMEN AMANDA	FEMENINO		CC	32799262

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (alturas, espacios confinados, manipular alimentos)	
RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

✓ .....

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZO REVISIÓN DEL SISTEMA RESPIRATORIO MEDIANTE UN INTERROGATORIO A TRAVÉS DEL NEXO EPIDEMIOLOGICO Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19. DURANTE SU EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL, NO SE EVIDENCIA PATOLOGÍA DE POSIBLE ORIGEN RESPIRATORIO ACTIVO. CONCLUSIÓN FINAL: BUEN ESTADO GENERAL, SIN FIEBRE O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN RESPIRATORIO ACTIVO. RECOMENDACIONES: USO DE TAPABOCAS / GUANTES, LAVADO DE MANOS - SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y AISLAMIENTO INDIVIDUAL RESPONSABLE.

Consentimiento informado del aspirante o colaborador: autorizo de manera voluntaria que el talento humano en salud de SSO IPS Servicios de Salud Ocupacional S.A.S. me realice examen médico ocupacional y/o pruebas complementarias. Me han explicado la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y/o pruebas complementarias. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y los riesgos de estos a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de estos exámenes y/o pruebas complementarias es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto: las medidas para la protección de mis datos personales de acuerdo a la ley estatutaria 1581 de 2012, y, las medidas para el manejo y contenido de mi historia clínica de acuerdo con la resolución 1995 de 1999 y resolución 2346 de 2007. Autorizo a SSO para que suministre a las personas o entidades contempladas en la normativa vigente la información registrada en este documento para el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de acorde a la resolución 0312 de 2019, adicionalmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Dr. Miguel Esquivia
MÉDICO
R.M. 232755
LIC. S.O 2611/2013

Nombre: ESQUIVIA SANJUAN MIGUEL SALVADOR

R. M.: 232755 L.S.O.: 2611

Código de Seguridad
C493I1O42273

Aspirante o colaborador

Firma:

Nombre: GARCIA AYALA CARMEN AMANDA

CC: 32799262