

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	NIT: 901019120-8	Teléfono: 4448326
Código de habilitación: 0526616533	Correo: alexbusta@gmail.com	Sede: ENVIGADO

Fecha del Exámen: 05/05/2025 13:44	Fecha Atención: 05/05/2025 12:32	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
------------------------------------	----------------------------------	---

DATOS PERSONALES



Nombres: DAVID

Apellidos: SUAREZ SERNA

Tipo Documento: Cédula de ciudadanía

Nro Documento: 1037597349

Fecha Nacimiento: 1989-07-17

Edad: 35 años

Sexo: Masculino

Dirección: ENVIGADO

Pensiones:

ESTA ORDEN ES PARTICULAR			
Cargo: CONTRATISTA	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL	
Concepto	SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis	
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SIN HALLAZGOS A LA VALORACIÓN

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador
NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales

Procedimientos Realizados		
✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL DE INGRESO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ OSTEOMUSCULAR		

Recomendaciones Generales		
✓ Pausas Activas	✓ Higiene Postural	

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Jesús Corzzo

David Suarez

PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

PACIENTE: DAVID SUAREZ SERNA

MEDICO

Documento: Cédula de ciudadanía: 1037597349

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685