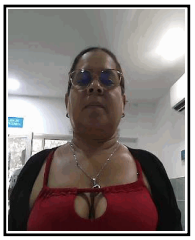
GADILAB SALUD IPS S.A.S
NIT: 901.539.391
Laboratorio clínico

Contacto
3008379652 - 3868041
laboratoriogadilab@gmail.com
CRA 58 # 74-50 Barranquilla-Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.163

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
CONSORCIO URBACARIBE 24	**CONSORCIO URBACARIBE 24**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROMERO HOYOS AUDY LUZ	FEMENINO	40 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS	Tipo: CC	Número: 55248463

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN 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:

EVALUACION MEDICO OSTEOMUSCULAR	✓	AUDIOMETRIA TAMIZ	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION, MEDICO PYP	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CITA POR SU MÉDICO DE EPS PARA CONTROL DE PESO Y DE GLICEMIA EN PROGRAMA.
VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA EPS. SVE CARDIOVASCULAR.
VALORACIÓN POR OPTOMETRIA ANUAL POR SU EPS.

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: AGUILAR HERNANDEZ EDGARDO RAFAEL

R. M.: 2317 **L.S.O.:** 2286

Código de Seguridad
T1233Z1F16163

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROMERO HOYOS AUDY LUZ

CC: 55248463