



N° 3.592

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	01 MES	2023 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO- VISIOMETRIA-GLICEMIA-FACTOR PSICOSOCIAL INDIVIDUAL			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
EUSE VALENCIA ISABEL STELLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	42 AÑOS 4 MESES 3 DÍAS	CC	43902844
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo ASESOR DE SERVICIOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA LABORAR							
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:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA				GLICEMIA			
TAMIZAJE VISUAL				FACTOR PSICOSOCIAL INDIVIDUAL			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				SVE VISUAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-EXAMEN FÍSICO OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS -TAMIZAJE VISUAL- NORMAL -GLICEMIA-ENTRE LOS VALORES NORMALES -FACTOR PSICOSOCIAL INDIVIDUAL-PROCESO -RESTRICCIONES N/A -MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 1.SE RECOMIENDA EL USO DE LENTES, Y CONTROL ANUAL EN SU ENTIDAD DE SALUD POR OPTOMETRIA,							
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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:  Nombre: RIOS LINDA R. M.: 1143387438 L.S.O.: 2021060130142 Código de Seguridad P1070V1B3592				Firma:  Nombre: EUSE VALENCIA ISABEL STELLA CC: 43902844			