



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 1.888

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
01 DÍA	12 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES	
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)				
ARANGUREN JIMENEZ ZULAY VIVIANA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	30 AÑOS 7 MESES 1 DÍAS
			CC	1031138550
			Tipo	Número
Cargos				
CONTRATISTA				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO SIN RESTRICCIONES				
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 MÉDICO OCUPACIONAL				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				FORTELECIMIENTO MUSCULAR
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				CONTROL DE PESO
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
				HACER DEPORTE
				NO FUMAR
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
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		
 Dr. Oscar Jair Ospina RM 011823, Ministerio de Salud RM 17223 Sedeclina Central de Salud Resolución 17200 Salud Ocupacional SPS				
Firma:		Firma:		
Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR		Nombre: ARANGUREN JIMENEZ ZULAY VIVIANA		
R. M.: 17223		CC: 1031138550		
L.S.O.: 11200		Código de Seguridad		
		M1255S1Y1888		