vitalmediIPS
SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900.149.333-6
Cra. 22 No. 22-33 / B. Olaya
Cel.: 302 846 2134 / 324 875 3609
vitalmediipsocupacional@gmail.com
Verificaciones:
www.vitalmediips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

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

SUBREDSUR	PESO / 55 KG RH O+ ESTATURA/ 160 CM
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.

AZUCENA BUITRAGO CORTES	Género	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	30 AÑOS	CC (Tipo)	1002647211 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo **PSICOLOGIA**

CONCEPTO DE APTITUD O CUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: ***APTO***

SI	APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	NO
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	NO
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	NO
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	NO	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	NINGUNA	
	CAPACITACIÓN	
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD.
- INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAÍDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS.
- USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR).
- RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS.
- MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
- MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE.
- UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES.
- MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO.
- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.

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: JUAN CARLOS MARTÍNEZ

R. M.: 79801504 **L.S.O.:** 6033/2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:

CC: XXXXXXXXXX