CONSULTORIO MEDICO
Dr. Reinel Antonio Castro Muñoz

Dr. Reinel Antonio Castro Muñoz
Correo: consultorio.medicoracm@gmail.com
Cel: 322 577 2126
Dirección: Calle 23 #10-65 Calle Empedrada
SAN JERÓNIMO - ANTIOQUIA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 742

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	05 MES	2024 AÑO	SAN JERÓNIMO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LONDOÑO JIMENEZ MARIA FERNANDA	FEMENINO	23 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1000764256 (Número)

Cargo
AGENTE DE TRANSITO

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:

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
	SVE CARDIOVASCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR COMO AGENTE DE TRANSITO, SE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, EL CUAL NO PRESENTA ALTERACION A LA FECHA.

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

Reinel Castro Muñoz
CC: 98227671
RM 13390999
Lic S202006000S371
Medico Esp. en Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: CASTRO MUÑOZ REINEL ANTONIO

R. M.: 13390999 **L.S.O.:** S202006000S371

Código de Seguridad
U1433A1G742

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LONDOÑO JIMENEZ MARIA FERNANDA

CC: 1000764256