Medicina integral ocupacional en seguridad y salud
"MIOSS IPS S.A.S"
NIT. 901455055 - 6
Calle 1A # 4-10 Barrio Vásquez Cobo (Popayán -Cauca)
3187899935 - (602) 2025447
mioss.ips@gmail.com - mioss.ips.sas@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.234

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	02 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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)

ROSERO GUTIERREZ GABRIEL FELIPE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 9 MESES 15 DÍAS	CC	1233189435
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL OFTALMOLOGIA ANUAL DX T904 H546 H534	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ESTRICTAS CADA 2 HORAS	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	OTROS : USO DE LENTES CON FILTRO PARA PANTALLAS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR. SE ANEXA FORMATO DE VALORACION MÉDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR. AL EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SECUELA DE ACCIDENTE DEPORTIVO EN MANO DERECHA FUNCIONALIDAD CONSERVADA, RESTO SIN ALTERACIONES, SE RECOMIENDA USO DE LENTES CON FILTRO PARA PANTALLAS, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ESTRICTAS CADA 2 HORAS Y USO DE EPP, VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL. SE REMITE A SU EPS PARA CONTINUAR EN CONTROL OFTALMOLOGIA ANUAL DX T904 H546 H534.

LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA TANTO EN LA JORNADA LABORAL COMO EN LAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES.

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: ALEGRIA VELASCO MARIA DEL MAR

R. M.: 1903584 **L.S.O.:** 04030

Código de Seguridad

K1175Q1W4234

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ROSERO GUTIERREZ GABRIEL FELIPE

CC: 1233189435

