escanea y verifica tu examen

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	21881
18	03	2025	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)**	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

ROJAS MEDINA TRABAJANDO CON ENERGIA SAS NIT 901221609-1

NOMBRE DE LA EMPRESA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HECTOR REINEL ROJAS MEDINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47	CC	79764999
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Ocupacion	F so	ESTATURA
TECNICO ELECTRICO	68 KG	1.66

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO- PARA ALTURAS*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE USO EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional 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 pro pósito, 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.

Aspirante o Trabajador

Firma: Reinel Rojas M

PREVSALUD IPS

Médico

Firma:

Juan Camilo Romero
Médico Ocupacional Lic 12436-17
Especialista Salud Ocupacional
Secretaria De Salud

Nombre: Juan Camilo Romero.

R. M.: N 75.424.952 L.S.O.: SO 12436