

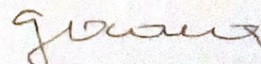




N° 793

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11	10	2023	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GALLEGO MENA GIOVANNA PATRICIA				Genero	Edad	Documento de identificación	
				FEMENINO	46 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	66993602
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo PSICOLOGA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO							
Observaciones: <i>CONDICIONES DE SALUD ACORDE CON LOS REQUERIMIENTOS DEL CARGO SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR APARENTE.</i>							
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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP - USO DE EPP SEGUN INDICACIONES DE SG-SST EMPRESARIAL			HÁBITOS SALUDABLES TOMAR 8 VASOS DE AGUA AL DÍA		
					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : EJERCICIO FISICO AEROBICO 2 VECES POR SEMANA		
					DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NO APLICA.							
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			
 Firma: _____ Nombre: VALDIVIEZO ARIAS JOSE LUIS R. M.: 52-3598 L.S.O.: SG-SST 0146				 Firma:  Nombre: GALLEGO MENA GIOVANNA PATRICIA CC: 66993602			
R. M.: 52-3598				Código de Seguridad E1437K1Q793			