Healthy IPS
SALUD OCUPACIONAL

Healthy Work Group
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Calle 10 # 3 – 33 Santa Fe de Antioquia
Tel. 316 274 95 87
healthyips.1@gmail.com
www.healthyips.com



N° 17.825

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO 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	
SERNA MARIN DIRLEY YILENA	FEMENINO	38 AÑOS 8 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	21501352 (Número)

Cargo
ENTRENADORA DE BALONCESTO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE PARA EL CARGO/SIN RESTRICCIONES PARA EL 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : GAFAS PARA LECTURA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN RETSRICCIONES PARA SU CARGO

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

Firma: _____

Nombre: GOMEZ SUAREZ NEFTALI

R. M.: 5-3297-10 L.S.O.: 2017060104073

Código de Seguridad
I272O1U17825

Aspirante o Trabajador

Firma: Dirley Serna

Nombre: SERNA MARIN DIRLEY YILENA

CC: 21501352

Powered by CamScanner