Milagro's
Ser, Saber y Hacer

MILAGRO'S
Dirección: Cra. 24 Clle 5-24, sector 3 (san Antonio)
Cel: 322 637 6135
Correo: consultoriomilagros@gmail.com
Peñol-Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 205

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	11 MES	2024 AÑO	PEÑOL (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	ALCALDIA MUNICIPIO DE EL PEÑOL

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	
VALENCIA ZAPATA NORA VIVIANA	FEMENINO	39 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	Tipo: CC	Número: 43657729

Cargo
TRABAJADORA SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTA PARA LABORAR COMO TRABAJADORA SOCIAL*

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 medica ocupacional con énfasis osteomuscular	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR MANEJO DE PATOLOGIAS DE BASE EN SU EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES : ACTIVIDAD MINIMO 150 MIN. SEMANALES, DORMIR MINIMO 7 HORAS DIA
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	OTROS : MANTENERSE HIDRATADA, USAR PROTECTOR SOLAR DIARIO, INGRESAR AL SVE RIESGO PSICOSOCIAL.	DIETA BALANCEADA : DIETA DASH Y FRACCIONADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

A PESAR DE LO REFERIDO ANTERIORMENTE NO ESPOSIBLE QUE EN UN FUTURO BAJO CIERTAS CONDICIONES LABORALES ESPECIFICAS Y/O EN JORNADAS EXTENUANTES DE TRABAJO, SE GENEREN LESIONES O SINTOMAS PRODUCTO DE LAS TAREAS REALIZADAS GENERANDO AUSENTISMO Y/O PATOLOGIA
INFORMAR SOBRE CUALQUIER CONDICION DE RIESGO QUE PONGA EN PELIGRO SU SEGURIDAD Y/O LA DE SUS COMPAÑEROS.

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: JIMENEZ BEATRIZ

R. M.: 50026-97 L.S.O.: 2022060008640

Código de Seguridad
I1445Q1U205

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VALENCIA ZAPATA NORA VIVIANA

CC: 43657729