IPS Medicina Ocupacional de Medellín S.A.S
IPS MEDOMED
NIT. 900421862-3
Carrera 43 # 29 - 35 Clínica de Oftalmología San Diego consultorios 421 - 602 - 603
Cel. 3156126310 - Tel. (034) 2329993 - (034) 2326681
E-mail. administracion@medomed.co - asistentegerencia@medomed.co
www.medomed.co - Medellín, Antioquia.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.573

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO ENFASIS 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)

ZAPATA PUERTA GERMAN ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 1 MESES 12 DÍAS	CC	98670587
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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 MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	TEST PSICOLOGICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION CERCANA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN CAPACITAR EN MANIPULACIÓN DE CARGAS, POR ANTECEDENTE DE DEFECTO DE PARED ABDOMINAL SUPERIOR, QUE NO GENERA RESTRICCIÓN.

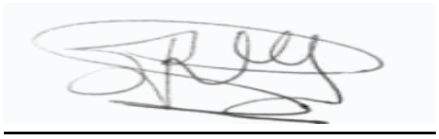
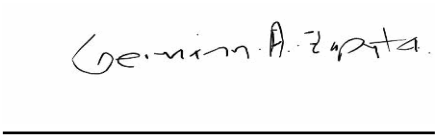
BAJAR DE PESO
HABITOS DE VIDA SALUDABLE

ALIMENTACION BALANCEADA

EJERCICIO REGULAR

SE RECOMIENDA TENER PRESENTE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19.

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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				**Firma:**	
Nombre:	PAREDES VASQUEZ RAIZA JUDITH			**Nombre:**	ZAPATA PUERTA GERMAN ANDRES
R. M.:	014493	**L.S.O.:**	2019060435569	**CC:**	98670587

Código de Seguridad

N849T1Z32573