Medical Protection
Salud Ocupacional

NIT. 900170405-2

Calle 71 #13-63 Carrera 12 #71-19 y Carrera 60 #5c-21
Cel. 3114416569 - Tel. 7953260 - E-mail. medicalprotection.citasmedicas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.712

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO	INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO

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	
MAHECHA MAHECHA OMAR MANUEL	MASCULINO	54 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	80436377 (Número)

Cargo
OPES PINTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO SIN PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL A LA FECHA.

Observaciones: *REQUIERE CORRECCIÓN VISUAL PARA LA ACTIVIDAD LABORAL.*

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:

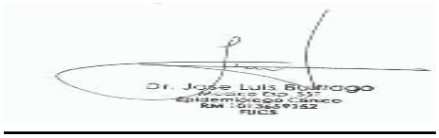
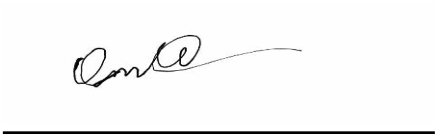
AUDIOMETRIA	✓	GLICEMIA BASAL	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO.	✓
CUADRO HEMATICO	✓	OPTOMETRIA.	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL (APTO)
AUDIOMETRIA: CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO. USE PROTECCIÓN AUDITIVA. CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA. EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS. OIDO DERECHO: CON HIPOACUSIA DE GRADO LEVE A MODERADO SEVERO SIN COMPROMISO CONVERSACIONAL. OIDO IZQUIERDO: CON HIPOACUSIA DE GRADO LEVE A MODERADO CON COMPROMISO CONVERSACIONAL. CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA: PACIENTE CON DISMINUCIÓN VISUAL, REQUIERE CORRECCIÓN VISUAL PARA LA ACTIVIDAD LABORAL.
ELECTROCARDIOGRAMA CONSIDERADO NORMAL.
CUADRO HEMATICO: CONSIDERADO NORMAL.
GLICEMIA BASAL: NORMAL
PERFIL LIPIDICO: COLESTEROL LEVEMENTE ALTERADO. TRIGLICERIDOS NORMAL. SE SUGIERE CONTROL Y SEGUIMIENTO EN SU EPS, DIETA SALUDABLE EVITANDO EXCESO DE GRASAS Y CARBOHIDRATOS.

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:	BUITRAGO AGUILERA JOSE LUIS			**Nombre:** MAHECHA MAHECHA OMAR MANUEL
R. M.:	1013659152	**L.S.O.:** 8819 24 10 2019	**Código de Seguridad** A1020G1M46712	**CC:** 80436377