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° 46.723

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

INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO	INSTITUTO DE CASAS FISCALES DEL EJERCITO
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)

GIL POLOCHE EDWIN ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 3 MESES 15 DÍAS	CC	80123910
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
UPS MAESTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EVALUACIÓN SATISFACTORIA

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:

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN : LEVANTAMIENTO DE CARGAS	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL; EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL
OPTOMETRÍA CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE; REALIZAR PÁUSAS ACTIVAS VISUALES.
AUDIOMETRÍA OD: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL; OI; HIPOACUSIA DE GRADO LEVE; USE PROTECCIÓN AUDITIVA; EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS
GLICEMIA BASAL NORMAL
CUADRO HEMATICO NORMAL
PERFIL LIPIDICO ANORMAL; CONTROL POR EPS

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: ACELAS GONZALEZ GABRIEL ESTEBAN

R. M.: 1001199585 **L.S.O.:** 13859 DE 5-3-24

Código de Seguridad

D1020J1P46723

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: GIL POLOCHE EDWIN ALEJANDRO

CC: 80123910