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° 46.713

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	
VARGAS HUERTAS JEISSON RAMIRO	MASCULINO	32 AÑOS 10 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1023914809 (Número)

Cargo
OPS PINTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *VER OBSERVACIONES*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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.	✓

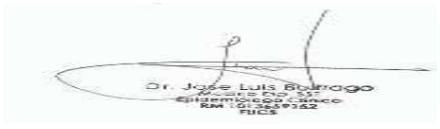
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL
AUDIOMETRIA: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL. CONTROL ANUAL, .
OPTOMETRIA: CONTROL EN UN AÑO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, APTO VISUALMENTE.
CUADRO HEMATICO: NORMAL
GLICEMIA BASAL: NORMAL
PERFIL LIPIDICO: COLESTEROL NORMAL. TRIGLICERIDOS ALTERADOS 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



Firma:

Nombre: BUITRAGO AGUILERA JOSE LUIS

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VARGAS HUERTAS JEISSON RAMIRO

R. M.:	1013659152	**L.S.O.:**	8819 24 10 2019	**Código de Seguridad**	**CC:**	1023914809

W1020C1I46713