DIPRESALUD IPS
Nit: 900.484.031-1
Carrera 19# 16B 16 - Barrio jorge Dangond
Cel: 3103 67 1869 - Tel: 605-5710835
Mail: dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.727

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LOBO QUIJANO HERDER ELIECER	MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	79796038 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *FISICAMENTE BIEN*

APTO | SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNAS	TEMPORAL	CAPACITACIÓN Y CONTROLES EN RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO
NINGUNAS	TEMPORAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
NINGUNAS	TEMPORAL	HIGIENE POSTURAL Y CONTROL DE PESO

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE TRABAJADOR FÍSICAMENTE BIEN, SIN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDADES LABORALES, SIN LIMITACIONES FUNCIONALES DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

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.

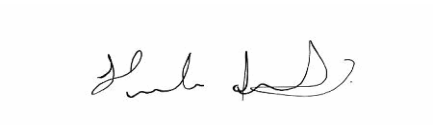
Médico



Firma:

Nombre: MONTENEGRO GONZALEZ CARLOS AMARIS

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LOBO QUIJANO HERDER ELIECER