| | | |
|---|---|---|
| **Fecha Impresión:** **27/02/2024 03:05:00 pm** | **CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL** | DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8 |

| | | |
|---|---|---|
| **Entidad Evaluadora:** DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. | **NIT:** 901019120-8 | **Teléfono:** 4448326 |
| **Código de habilitación:** 0526616533 | **Correo:** alexbusta@gmail.com | **Sede:** ENVIGADO |

| | | |
|---|---|---|
| Fecha del Exámen: 27/02/2024 14:58 | Fecha Atención: 27/02/2024 14:07 | Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso |

**DATOS PERSONALES**



| | | |
|---|---|---|
| Nombres: KATHERINE | | Apellidos: SANTAMARIA ARBOLEDA |
| Tipo Documento: Cédula de ciudadanía | | Nro Documento: 43864719 |
| Fecha Nacimiento: 1979-04-07 | Edad: 44 años | Sexo: Femenino |
| Dirección: ENVIGADO | | |
| Pensiones: | | |

**ESTA ORDEN ES PARTICULAR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cargo: CONTRATISTA | Perfil Biológico: | Factores de Riesgo: | Medidas de Protección: |

**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**

| | |
|---|---|
| **Concepto** | SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO |

**Concepto al Énfasis**

| | |
|---|---|
| ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | CON HALLAZGOS QUE NO LIMITAN EL CARGO |

**Recomendaciones para el trabajador**

- Presenta una alteración auditiva leve/moderada, sin compromiso en frecuencias conversacionales, que No le genera ningún tipo de restricción laboral, pero se recomienda valoración auditiva en su EPS para evaluación, control y tratamiento; En la vida cotidiana debe evitar el uso de audífonos para escuchar música, películas, videos, etc. y debe usar protección auditiva en ambientes ruidosos

**Restricciones para el trabajador**

NINGUNA

**Recomendaciones para la Empresa**

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgos según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecánico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador

**Procedimientos Realizados**

| | | |
|---|---|---|
| ✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL DE INGRESO | ✓ AUDIOMETRIA TONAL | ✓ VISIOMETRIA |
| ✓ OSTEOMUSCULAR | | |

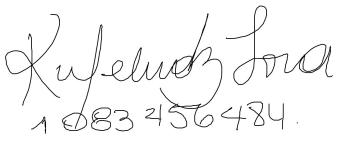
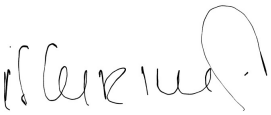
**Recomendaciones Generales**

| | | |
|---|---|---|
| ✓ Sistema de Vigilancia Epidemiológica | ✓ Uso de E.P.I | |

**Tratamiento de Datos**

**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

| | |
|---|---|
|  |  |
| PROFESIONAL: KAREN PAOLA MELENDEZ LORA | PACIENTE: KATHERINE SANTAMARIA ARBOLEDA |
| MEDICO | Documento: Cédula de ciudadanía: 43864719 |
| Licencia: 2021060091867 | |
| Especialista en: medicina laboral | |
| Registro: 1083456484 | |