Medyconsultar

Wilson Ricardo Hoyos Urbano
TP 1061712934. LSO 12036-10-18
Calle 2 A # 27- 74 Popayán
3192108662 – 3193851017
medyconsultar@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 281

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	09 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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)

CARRASCAL GARCIA ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 1 MESES 13 DÍAS	CC	12435754
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO AMBIENTAL ESPECIALISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LABORAR EN EL CARGO

Observaciones: .

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:

Examen médico ocupacional ingreso ✓	----------

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO: SIN RESTRICCIONES PARA LABORAR EN EL CARGO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL.
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: AUTOCUIDADO. HIGIENE POSTURAL. PAUSA ACTIVA. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN NECESIDAD DE LA ACTIVIDAD.

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:

Dr. Ricardo Hoyos Urbano
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Res. 12036-10-2018

Nombre: CC: 1061712934 - WILSON RICARDO HOYOS

R. M.: 1061712934 **L.S.O.:** 12036-10-18

Código de Seguridad
W1678C1I281

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARRASCAL GARCIA ALEJANDRO

CC: 12435754