MEDICINA LABORAL

**Dra. Flor Catherine Díaz Córdoba Esp. ML**
**Cel. 3154965045**

| CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL | | | PASTO - NARIÑO |
|---|---|---|---|
| DIA 16 | MES 01 | AÑO 2026 | |



**MOTIVO DE EVALUACIÓN**

| INGRESO: X | EGRESO: | REINGRESO | OTRO: |
|---|---|---|---|

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

| NOMBRE: Particular | ACTIVIDAD ECONÓMICA: N/A |
|---|---|

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| NOMBRES Y APELLIDOS: Alexandra Divane Martinez Martinez | | CEDULA: 1.086.138.138 | | |
|---|---|---|---|---|
| SEXO: F X M | FECHA DE NACIMIENTO: 15/10/1994 | | TIPO DE SANGRE: B+ | |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Consacá | | ESCOLARIDAD: PROFESIONAL | | |
| CARGO: contratista | ANTIGÜEDAD: NA | ESTADO CIVIL: Union Libre | | |
| E.P.S. NUEVA EPS | | ARL: POSITIVA | AFP: PORVENIR | |

**OSTEOMUSCULAR:** DURANTE EL EXAMEN REALIZADO EN REPOSO NO SE ENCONTRARON HALLAZGOS QUE LE RESTRINJAN REALIZAR ACTIVIDADES DE MANEJO DE CARGAS , ADOPTAR POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS

CONCEPTO Y CONCLUSIÓN MÉDICA OCUPACIONAL: **EVALUACIÓN MÉDICA SIN HALLAZGOS DE ENFERMEDAD**

- VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO DONDE SE VALORÓ Y REGISTRÓ EN SU HISTORIA CLÍNICA LAS CONDICIONES RELATIVAS A SU ESTADO DE SALUD.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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

Powered by CamScanner

**Dra. Flor Catherine Díaz Córdoba Esp. ML**
**Cel. 3154965045**

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dra. Katherine Díaz Córdoba
ESP. MEDICINA LABORAL
C.C. 1.087.959.721
ML: 2452 / 17-9-2021

**FLOR CATHERINE DIAZ CORDOBA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**RM: 1087959721 ML/ 2452**
**FUSM- USC**

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

Powered by CamScanner