MEDICINA laboral

MATTY DANIELA PADILLA DE LEÓN
Nit: 1143239574
Dirección: Calle 19 D # 20 - 19
Cel: 315 639 7625 - 316 639 2486
Barbosa - Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.026

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, 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)

MOLINA GONZALEZ ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 7 MESES 28 DÍAS	CC	15516155
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

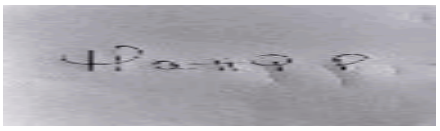
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
	NO ALZAR PESO MAYOR DE	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN ALTERACIONES PARA EJERCER EL CARGO, AL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES, CON BUEN ARCO DE MOVILIDAD EN SUS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SIN LIMITACIONES EN SUS EXTREMIDADES, CON BUEN AGARRE EN SU MIEMBRO SUPERIOR, SE DAN RECOMENDACIONES USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, SE SUGIERE REALIZAR INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A TRABAJADOR FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE SE ENCUENTRAN EXPUESTO, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA.

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: PADILLA DE LEON MATTY DANIELA

R. M.: 1143239574 **L.S.O.:** 2021060098954

Código de Seguridad
H1258N1T1026

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MOLINA GONZALEZ ANDRES

CC: 15516155