



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 6.248

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02	10	2024	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				ALCALDIA LOCAL DE SAN CRISTOBAL			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
LOPEZ DIAZ VICTOR ALFONSO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	35 AÑOS 7 MESES 23 DÍAS	CC	1071986542
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES					
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓ PERFIL LIPÍDICO ✓			
OPTOMETRÍA				✓ -----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS: MANEJO DE HIPERTRIGLICERIDEMIA		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
		CAPACITACIÓN			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
OPTOMETRIA: NORMAL. QUIMICA SANGUINEA RESULTADO UNIDADES REFERENCIADAS TÉCNICA COLESTEROL TOTAL 171,8 MG/DL MENOR DE 200 ENZIMÁTICA COLORIMÉTRICA TRIGLICÉRIDOS 284,6 MG/DL MENOR DE 150 ENZIMÁTICA COLORIMÉTRICA COLESTEROL HDL 40,6 MG/DL 35-55 PRECIPITACION COLESTEROL LDL 74,3 MG/DL MENOR DE 129 CÁLCULO COLESTEROL VLDL 56,9 MG/DL 2-30 CÁLCULO ÍNDICE ARTERIAL 4,2 MENOR DE 3 CÁLCULO							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico		Dr. FRANKLIN ANDRÉS GUEVARA			Aspirante o Trabajador		
Firma:							
Nombre:		GUEVARA VILLALBA FRANKLIN ANDRES			Nombre: LOPEZ DIAZ VICTOR ALFONSO		