FUNDACION DE PROFESIONALES FUNDEPRO
809012488
Cra 6 No. 5-06
248 4148
ESPINAL

CONCEPTO SALUD OCUPACIONAL

Tipo documento:	CEDULA DE CIUDADANIA
Número documento:	93394938
Clasificación:	CONTRIBUTIVO
Primer Nombre:	JHON
Segundo Nombre:	JAIRO
Primer Apellido:	CASALLAS
Segundo Apellido:	VILLA
Fecha Nacimiento:	07/03/1974

Sexo:	MASCULINO	**Edad:**	51 Años
Raza:	MESTIZO	**Estado civil:**	SOLTERO(A)
Dirección:	BARRIO LA VEGA	**Departamento:**	TOLIMA
Municipio:	IBAGUE	**Barrio:**	IBAGUE
Teléfono:	3223386036	**Celular:**	
Grado escolaridad:	PRIMARIA COMPLETA	**Profesión:**	AYUDANTE
Eps:	NINGUNO / OTROS	**Arl:**	NO SABE
Pensión:	NO SABE	**Cesantias:**	NO SABE
Empresa:	AWF INGENIERIA SAS	**Cargo:**	AYUDANTE
Sección:	OPERATIVO	**Email empresa:**	

Factores de riesgo:

Locativos en su puesto de trabajo, posturas prolongadas

Tipo de historia clinica: Ingreso

Exámenes complementarios y resultados:

* EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR : NORMAL

Concepto de aptitud: Sin alteraciones de salud, no presenta patología aparente

Observaciones:

Luego de evaluación médica completa se considera apto para su cargo.* USO ADECUADO DE EPP * ERGONOMIA , HIGIENE POSTURAL , REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

Conclusión y recomendaciones:

Cumplir las normas definidas por el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa para el cargo, pausas activas mínimo 5 minutos cada hora durante la jornada laboral, mantener buenos y adecuados hábitos de higiene postural. Cumplir normas de seguridad definidas por la empresa para el cargo, uso permanente de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo y a la actividad laboral definida.

Fecha Consulta: 09/10/2025 **Hora salida:** 08:45:37

Firma del Profesional:

Dra. Nadia Torres
Md. Especialista en Salud Ocupacional
RM 1778
Universidad del Rosario

NADIA ANDREA TORRES GUERRERO

MEDICO OCUPACIONAL
Reg. Profesional: RM 1778

Firma del paciente:

Jhon Jairo Casallas Villa
93394938

	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
FUNDEPRO	Código: HC-FR-008	Versión: 01	Fecha: Julio/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Ciudad y fecha: espinal 9-10-25

Cargo: Ayudante Empresa: WF

Yo: Jhonjairo casallas identificado (a) con 93394938

Declaró asistir de manera voluntaria a la Institución Prestadora de Servicios de Salud FUNDEPRO-FUNDACIÓN DE PROFESIONALES para la realización de un *Examen Médico Ocupacional y unas pruebas complementarias diagnósticas*, que permitan establecer mi condición de salud y aptitud para el desempeño de la ocupación en la Empresa, de manera segura para mi integridad personal y la de terceros.

Adicionalmente, se me ha informado que las Pruebas Complementarias o Ayudas Diagnósticas que se me podrían realizar, puede ser una o varias de las siguientes:

Valoración Medico Ocupacional	✓	Electrocardiograma	
Valoración Audiometría		Imágenes Diagnosticas (especificar):	
Valoración Optometría / Visiometria		Exámenes Laboratorio (especificar):	
Valoración Psicológica		Vacunas (especificar):	
Valoración Espirometria			
Prueba psicológica		Otros (especificar):	

Riesgos:

1. Los exámenes físicos y las pruebas ocupacionales pueden causar molestias temporales como dolor leve durante las evaluaciones específicas.
2. Algunos diagnósticos pueden implicar la necesidad de cambiar las condiciones laborales o recibir tratamiento médico, lo que puede generar impacto en su vida laboral y cotidiana.

Implicaciones:

1. El diagnóstico de una enfermedad laboral puede llevar a la necesidad de modificar las condiciones laborales o iniciar un tratamiento que requiera seguimiento a largo plazo.

Beneficios:

1. La evaluación y diagnóstico precoz de problemas de salud relacionados con el trabajo pueden ayudar a prevenir enfermedades graves, mejorar las condiciones laborales y garantizar un mejor estado de salud a largo plazo.
2. Ayuda a identificar factores de riesgo que, de no ser tratados, podrían generar complicaciones.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
FUNDEPRO	Código: HC-FR-008	Versión: 01	Fecha: Julio/2025

Alternativas:

1. Puede optar por no realizarse los exámenes o consultas médicas ocupacionales, aunque esta decisión podría retrasar la detección de problemas de salud asociados con su trabajo. Esto podría limitar las acciones preventivas o correctivas necesarias para proteger su bienestar laboral.

He sido informado que cada evaluador está a su disposición para ampliar la información de la prueba a realizar, por lo que le podrá preguntar cualquier duda o inquietud que tenga.

Por ello, al firmar el presente consentimiento acepto conocer y entender las condiciones para someterme voluntariamente a la realización y queda entendido para la IPS que en caso de que posteriormente no esté de acuerdo con algún procedimiento, podré retirar el presente consentimiento, para lo cual podré firmar el respectivo desistimiento, para que no se me realice.

Acepto que los documentos de la atención tengan mi foto y firma y que puedan ser guardados de manera electrónica en un Formato de Historia Electrónica, en la cual se garantice la reserva y confidencialidad de mi información sensible y al empleador solo se le podrá entregar el Certificado Médico de Aptitud.

FIRMA DEL PACIENTE 

CC PACIENTE 93394938