



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.922

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 DÍA	03 MES	2023 AÑO	ENVIGADO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
			Ciudad			
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)						
SANCHEZ YEPES JULIAN ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres				MASCULINO	46 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS	CC 75083706
Cargo				Tipo Número		
CONSULTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)						
Observaciones: NO APLICA						
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A
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				✓	VISIOMETRÍA ✓	
AUDIOMETRÍA				✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL				HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)						
<p>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.</p>						
Médico				Aspirante o Trabajador		
 RAFAEL RICARDO MUÑOZ MUÑOZ MÉDICO ESP SSI RM 5-0236-12 LIC SSI 126373				 Código de Seguridad N100T1Z40922		
Firma: _____				Firma: _____		
Nombre: RODRIGUEZ MUÑOZ RAFAEL RICARDO				Nombre: SANCHEZ YEPES JULIAN ANDRES		
R. M.: 5-0236-12		L.S.O.: 126373		CC: 75083706		