



N° 3.022

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
08 DÍA	02 MES	2024 AÑO	CARTAGENA (BOLIVAR, COLOMBIA)		
			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)					
PAEZ CANENCIA ROBINSON RAFAEL		Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres		MASCULINO	32 AÑOS 0 MESES 20 DÍAS	CC	1143356343
Cargos		EPS	ARL	AFP	
CONTRATISTA		SALUD TOTAL	NO REFIERE	COLPENSIONES	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO					
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:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓	OPTOMETRIA		✓
AUDIOMETRIA		✓	EXAMEN MEDICO CON VALORACION CARDIOVASCULAR		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP : USO DE EPP REQUERIDOS PARA EL CARGO		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE 30 A 60 MINUTOS MINIMO TRES VECES POR SEMANA.	
VALORACIÓN POR EPS : CONTRO DE PESO POR PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE SU EPS. VALORACION POR NUTRICION Y DIETETICA DE SU EPS.		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS. HIGIENE POSTURAL.		HACER DEPORTE	
		SVE OSTEOMUSCULAR : PREVENTIVO.		DIETA BALANCEADA : CONSUMIR ALIMENTACION BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS.	
		OTROS : SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD. AUTOCUIDADO.			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
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

Gina Paez

Firma: _____

Nombre: LORA CAMACHO GINA PAOLA

R. M.: 27 2017/2006 L.S.O.: 1372/2014



Código de Seguridad
I141401U3022

Aspirante o Trabajador

Rafael

Firma: _____

Nombre: PAEZ CANENCIA ROBINSON RAFAEL

CC: 1143356343