DR. ANDRÉS FELIPE FLÓREZ GÓMEZ.
Esp. En Seguridad y Salud en el Trabajo.
Clínica Santa Isabel. Urrao - Antioquia, Colombia
Dirección. Carrera 29 #31 31. Consultorio 3. - Cel. 3107010202 - E-mail. validarsst@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.756

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	08 MES	2024 AÑO	URRAO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

TRABAJADORES INDEPENDIENTES	E.S.E. HOSPITAL IVÁN RESTREPO GÓMEZ URRAO-ANTIOQUIA.
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)

OCHOA URAN MATEO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	23 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC	1000415216
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACIÓN

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 MÉDICA PRE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO : DISMINUIR 5KG MEDIANTE DIETA EJERCICIO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25KG	HÁBITOS SALUDABLES

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

Firma:

Nombre: FLOREZ GOMEZ ANDRES FELIPE

R. M.: 445302005 L.S.O.: 2021060097575

Código de Seguridad
M1154S1Y3756

Aspirante o Trabajador

Firma: Mateo Ochoa Urán

Nombre: OCHOA URAN MATEO

CC: 1000415216