



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.085

| | | | | | | | |
|--|-----------|------------------|------------------------------------|--|----------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 07 DÍA | 03 MES | 2024 AÑO | EL SANTUARIO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS | | | |
| | | | 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) | | | | | | | |
| LOPEZ MURILLO LAURA CAMILA | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | FEMENINO | 25 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS | CC | 1045026078 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo BOMBERA | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD CORREGIBLE QUE NO INTERFIERE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | | |
| APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS | | | | | | | |
| 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 | | | | VISIOMETRÍA | | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | GLICEMIA | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | | | SVE CARDIOVASCULAR | | CONTROL DE PESO | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| 1) DEBE USAR LENTES FORMULADOS PERMANENTEMENTE. 2) BAJAR DE PESO, SOLICITAR VALORACIÓN MÉDICA Y NUTRICIONAL EN SU EPS. | | | | | | | |
| 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 | | | | Aspirante o Trabajador | | | |
|  | | | |  | | | |
| Firma: | | | | Firma: | | | |
| Nombre: REVELO JARAMILLO RICARDO ANDRES | | | | Nombre: LOPEZ MURILLO LAURA CAMILA | | | |
| R. M.: 5-10158-07 | | L.S.O.: 60108891 | | Código de Seguridad | | CC: 1045026078 | |
| | | | | U1064A1G6085 | | | |