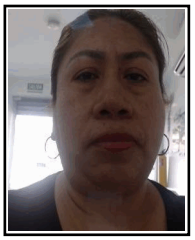
Healthy IPS
SALUD OCUPACIONAL

Healthy Work Group
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Calle 10 # 3 – 33 Santa Fe de Antioquia
Tel. 316 274 95 87
healthyips.1@gmail.com
www.healthyips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.788

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2024 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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)

GOEZ URREGO LUZ MIRIAM	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	44 AÑOS 10 MESES 27 DÍAS	CC	32104254
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
GERONTOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *VER RECOMENDACIONES*

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 MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL, NUTRICIONISTA , OPTOMETRIA	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
	SVE CARDIOVASCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR COMO GERONTOLOGA ,SE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, EL CUAL NO PRESENTA ALTERACION A LA FECHA.RECOMIENDO CITA EN SU IPS POR MAL CONTROL METABOLICO(OBESIDAD) MD NUTRICIONISTA.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CASTRO MUÑOZ REINEL ANTONIO

R. M.: 13390999 **L.S.O.:** 2020060005371

Código de Seguridad
W272C1I17788

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GOEZ URREGO LUZ MIRIAM

CC: 32104254