Healthy Work Group
Seguridad y Salud en el Trabajo
Dirección: Calle 10 # 3-33 Barrio Jesús
Cel: 317 367 7023 - 316 274 9587
Correo: citas@healthyips.com
Web: www.healthyips.com
Santa Fé de Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.373

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	07 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)

RODRIGUEZ GOMEZ MANUEL MARTIN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 30 DÍAS	CC	70434944
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ASISTENCIA TECNICA EN UMATA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE PARA EL CARGO/SIN RESTRICCIONES 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:

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	SVE VISUAL	
	SVE AUDITIVO	
	SVE CARDIOVASCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR COMO PRESTADOR DE ASITENCIA TECNICA EN UMATA SE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, EL CUAL NO PRESENTA ALTERACION A LA FECHA.AMERITA VALORACION EN SUS IPS POR POSIBLE CERUMEN IMPACTADO MD .

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
P272V1B20373

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ GOMEZ MANUEL MARTIN

CC: 70434944