MO. MEDICAL
MEDICINA LABORAL
Nit: 901690082-1
Dirección: Calle 70 CC La Roca 2do piso
Cel: 350 710 7959
Correo: Mo.medicalsegovia@gmail.com

Medicina laboral
Examen de ingreso, periódico y egreso.
Evaluación con énfasis en alturas.
Examen médico post incapacidad.
Examen médico reintegro laboral
Examen médico reubicación laboral



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.216

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

ANTELIZ BARRIOS YONATHAN OBED	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC	1148215122
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR OPERATIVO CATASTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA SUPERFICIE

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 OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	VISIOMETRIA TAMIZAJE	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZAJE	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEO-MUSCULAR: NORMAL. VISIOMETRÍA: NORMAL. AUDIOMETRÍA: NORMAL.

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: AYALA JIMENEZ MARIA VIRGELINA

R. M.: 5302112 **L.S.O.:** LSO 2021060090199

Código de Seguridad
V1394B1H6216

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ANTELIZ BARRIOS YONATHAN OBED

CC: 1148215122