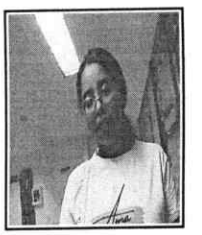
Laboral Med S.A.S
NIT 901.281.023
Teléfono: (4)5388736
celular y whatsApp: 3054310343
calle 54 # 45-63 consultorio 115 edificio centro caracas 1
Barrio centro - Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.063

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA (SALUD OCUPACIONAL) INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)

JARAMILLO BUILES CAROLINA	Genero	Edad	RH	Documento de Identificación	
	FEMENINO	25 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS	O -	CC	1045114088
Apellidos y Nombres	Teléfonos 3014536079			Tipo	Número

Profesión	Cargo	Nivel Educativo	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Antiguedad
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TÉCNICO			

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) — N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	VISIOMETRIA	✓
AUDIOMETRIA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		NO FUMAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIARSE PATOLOGIA QUE AFECTE SU LABOR. VISIOMETRIA SIN ALTERACIONES EN PROFUNDIDAD, AGUDEZA VISUAL O VISION DE COLORES CON CORRECCION VISUAL . AUDIOMETRIA SIN ALTERACION AUDITIVA

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: MOSQUERA GOMEZ WANDNER ANDRES

R. M.: 1076822040 L.S.O.: 2500966

Código de Seguridad
U336A1G11063

Aspirante o Trabajador

Carolina JB

Firma:

Nombre: JARAMILLO BUILES CAROLINA

CC: 1045114088