RODRIGO BUITRAGO CARDONA
MEDICO GENERAL U. DE A. REG 1151/93
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL U. DE A.
LICENCIA: RESOLUCIÓN S5607 DE 02.03.2015
Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHS217961
Celular: 312 757 9040 - e-mail: rbuitragoc1@hotmail.com
Calle 7 N° 9-63



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9,129

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (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)

TRUJILLO MOLINA FRANCENY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	26 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC	1020406975
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
ODONTOLOGA

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SISTEMA OSTEOMUSCULAR: ARCOS DE MOVIMIENTO, FUERZA SEGMENTARIA, CURVATURAS DE COLUMNA: NORMALES
SISTEMA VISUAL: OJOS Y SUS ANEXOS: NORMALES. ------ FONDO DE OJO: NORMAL. ---AGUDEZA VISUAL: AMBOS OJOS, MIOPIA Y ASTIGMATISMO CORRIGE CON LENTES.
SISTEMA AUDITIVO: PABELLONES AURICULARES, CONDUCTOS AUDITIVOS Y TIMPANOS: NORMALES. --AGUDEZA AUDITIVA: 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.

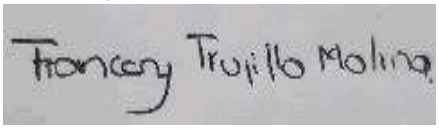
Médico

Rodrigo Buitrago C.
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad de Antioquia
Lic. 1627 16/02/05

Firma:

Nombre: BUITRAGO CARDONA RODRIGO
R. M.: 1151-93 **L.S.O.:** S5607 DE 02.03.2015

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TRUJILLO MOLINA FRANCENY
CC: 1020406975