



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 31.516

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15	04	2024	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE				INDEPENDIENTE			
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)							
PATIÑO GOMEZ JULIAN ESTEBAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	18 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC	1077112544
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
FORMADOR DE CULTURA							
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 OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				VISIOMETRÍA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PREVIA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA		SVE OSTEOMUSCULAR : REVISIÓN PERIÓDICA DE LOS SEGMENTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR, DE SEGMENTOS DEL MIEMBRO INFERIOR Y DE COLUMNA LUMBAR. PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN : CAPACITAR SOBRE LOS RIESGOS DEL TRABAJO Y SU CONTROL (ENTRE OTROS TEMAS) OTROS : CALISTENIA ANTES Y DESPUÉS DE LA JORNADA LABORAL.			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE		
TRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NOTA.- POR LA PANDEMIA COVID-19, SE REALIZA LA CONSULTA CON EL USO DE TODOS LOS EPP: TAPABOCAS, GUANTES, BATA Y TRAJE-OVEROL ANTIFLUIDOS, CUMPLIENDO CON LA NORMA DE BIOSEGURIDAD INDICADA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ADEMÁS, SE LE EXIGE AL TRABAJADOR EL USO DE TAPABOCAS DURANTE SU PERMANENCIA EN LA I.P.S. Y DURANTE LA CONSULTA.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S, a realizar mi examen médico ocupacional y/o paradiágnico(s) ocupacional(ea) registrado(s) en este documento. Me han explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, y los riesgos del examen médico. 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. Autorizo a Salud Ocupacional de la Sabana S.A.S., para que suministre a la empresa contratante 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 (sistemas de vigilancia epidemiológica), y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de firmar mi consentimiento informado.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: AMADO ZARATE FULVER				Nombre: PATIÑO GOMEZ JULIAN ESTEBAN			
R. M.: 19216124 L.S.O.: 11105 DE 03/08/2021				CC: 1077112544			