



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.005

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	01 MES	2024 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				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)							
TRIANA ESCOBAR LUIS FELIPE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	23 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS	CC	1002751969
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		ENFASIS CARDIOVASCULAR					
APTO		ENFASIS MUSCULOESQUELETICO					
APTO		ENFASIS PSICOSOCIAL					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO				GLICEMIA			
VISIOMETRÍA				PERFIL LIPIDICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL SE ENCUENTRA DISMINUIDA Y DEBE ACTUALIZAR SU CORRECCIÓN ÓPTICA		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: <u>Dr. Alexander Pulido</u> Especialista Salud Ocupacional Nombre: <u>PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER</u>				 Firma: <u>Luis Felipe Triana Escobar</u> Nombre: <u>TRIANA ESCOBAR LUIS FELIPE</u>			

R. M.: 270946

L.S.O.: 12289

Código de Seguridad

CC: 1002751969

J1124P1V10005