SALUD OCUPACIONAL

NIT. 43974015-6
Carrera Nº 10 La Cruzada (Calle principal)
Remedios – Antioquia
Cel: 3117217764
E-mail: virgelina22@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	12 MES	2023 AÑO	REMEDIOS LA CRUZADA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
PARTICULAR	PARTICULAR
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)

NORMA CONSTANZA VANEGAS GARCIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	36	CC Tipo	1038543881 Número

Cargo
AUXILIAR PROGRAMAS ALIMENTARIOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: NO APLICA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	NO APLICA
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO APLICA
CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO APLICA
TRABAJO EN SUPERFICIE	APLICA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL ✓		VISIOMETRIA TAMIZAJE ✓	
ESPIROMETRIA	NO APLICA	AUDIOMETRIA	NO APLICA

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL EN GRASAS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
ACTIVIDAD FISICA Y AEROBICA 150 MINUTOS SEMANALES	PAUSAS ACTIVAS.	ACTIVIDAD FISICA Y AEROBICA 150 MINUTOS SEMANALES ALIMENTACION BALANCEADA HIPOSODICA, HIPOGLUCIDA, HIPOCALORICA

RAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: 1. EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y FISICO GENERAL: NORMAL. VISIOMETRIA: 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Ayala
Nombre: AYALA JIMENEZ MARIA VIRGELINA
CC:43974015
R. M.: 5302111 L.S.O :2021060090199

Aspirante o Trabajador

Firma: Norma Constanza Vanegas Garcia.
Nombre: NORMA CONSTANZA VENEGAS GARCIA
CC: 1038543881

Powered by CamScanner