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
9 DÍA	10 MES	2024 AÑO	REMEDIOS (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)

JUAN FERNANDO MENDEZ TOBON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	56	CC (Tipo)	15536935 (Número)

Cargo: OFICIOS VARIOS

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	N0 APLICA
APTO PARA 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	NO APLICA
ESPIROMETRIA	NO APLICA	AUDIOMETRIA	NO APLICA

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL DE PESO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FISICA Y AEROBICA ESTATICA
	SVE AUDITIVO	ALIMENTACION BALANCEADA HIPOSODICA, HIPOGLUCIDA, HIPOCALORICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: 1. EXAMEN FISICO Y OSTEOMUSCULAR: 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 le ido 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: Mayala
Nombre: AYALA JIMENEZ MARIA VIRGELINA
CC: 43974015
R. M.: 5302111 **L.S.O:**2021060090199

Aspirante o Trabajador

Firma: Juan Fdo Mendez T.
Nombre: JUAN FERNANDO MENDEZ TOBON
CC: 15536935