IPS
UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Fundación hospitalaria IPS universitaria adventista

NIT. 900.370.055-6

Carrera 84 #34AA 159
Tel. 3228100 - E-mail. calidad@ipsadventista.org - ipsadventista@ipsadventista.org
www.ipsadventista.org



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.971

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	**04** MES	**2024** AÑO	**MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACION OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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)

CUERVO HENAO ANDRES FELIPE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 10 MESES 25 DÍAS	CC	71761976
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CRIMINALISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *OBESIDAD GRADO II - IMC 36.63*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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 OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	GLUCOSA EN SUERO (GLICEMIA)	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	----------	

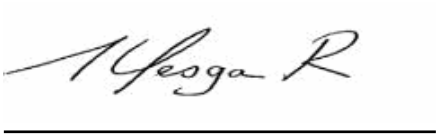
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : MANEJO Y CONTROL POR NUTRICIÓN EN SU EPS - OBESIDAD GRADO II (IMC 36.63)	USO DE EPP SVE AUDITIVO	HÁBITOS SALUDABLES : IMPLEMENTAR DIETA BAJA EN GRASAS, AZUCARES Y CARBOHIDRATOS, Y RICA EN PROTEINAS ASADAS O COCIDAS Y VERDURAS. AUMENTAR INGESTA DE AGUA – 4 LITROS DÍA FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN	HACER DEPORTE : REALIZAR EJERCICIO AEROBICO DIRIGIDO, MÍNIMO 4 VECES POR SEMANA - 60 MNUTOS DÍARIOS DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDES A SUS FUNCIONES Y SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS PARA DESARROLLAR SU TRABAJO. INFORMAR OPORTUNAMENTE DE LOS PELIGROS IDENTIFICADOS EN EL TRABAJO, ASÍ COMO DE LOS INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. EVITAR DISTRACCIONES DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL Y PROMOVER CONDUCTAS DE NO DISTRACCIÓN. MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL AL LEVANTAR OBJETOS, AGACHARSE O CAMINAR, NO MANTENER POSTURAS INADECUADAS EN NINGUNA PARTE DEL CUERPO (CUELLO, MANOS, ESPALDA). PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLEN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITARSE EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES, ENFERMEDADES PROFESIONALES Y EN NORMAS DE SEGURIDAD.
ES DE VITAL IMPORTANCIA CONTINUAR PROTEGIENDONOS DEL CORONAVIRUS Y DE OTRAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS:
-LAVAR NUESTRAS MANOS REGULARMENTE CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN.
-USAR TAPABOCAS CONVENCIONALES EN LOS ESPACIOS EXIGIDOS POR LA NORMA O EN SITIOS DE MUCHA AGLOMERACIÓN, COMO PODRIAN SER: TRANSPORTE PÚBLICO, TAXIS, SUPERMERCADOS, BANCOS, ENTRE OTROS.
-SI SE USA TRANSPORTE MASIVO SE RECOMIENDA CONTINUAR USANDO SIEMPRE TAPABOCAS Y LAVARSE LAS MANOS O USAR ALCOHOL GLICERINADO DESPUÉS DE USARLO.
-EVITAR TOCARSE LA CARA, ESPECIALMENTE DESPUÉS DE TENER CONTACTO CON SUPERFICIES CONTAMINADAS, PERSONAS ENFERMAS O SALUDAR DE MANO.
-LIMPIAR CONSTANTEMENTE CON DESINFECTANTE LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TENEMOS CONTACTO.
-SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS COMO FIEBRE, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR PARA TRAGAR, NOTIFÍQUELO A SU EMPLEADOR, CONSULTE EN SU EPS Y NO VAYA A LUGARES PÚBLICOS PARA EVITAR PROPAGACION DE POSIBLES ENFERMEDADES.

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



Firma:

Nombre: VESGA RODRIGUEZ JHON JAIRO

R. M.: 0534-1996 **L.S.O.:** 108020

Código de Seguridad
W1225C1I1971

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CUERVO HENAO ANDRES FELIPE

CC: 71761976