Dr. WILLIAM GÓMEZ
MEDICINA LABORAL
NIT. 19.427.943
Carrera 9 N° 36-49 Barrio San José
Cel. 300 303 1561 - 300 550 6899 Tel. 605 7261795
E-mail: unidadmedicadrwilliamgomez@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.236

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2024 AÑO	MAICAO (LA GUAJIRA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ALCALDIA MUNICIPAL DE MAICAO	ALCALDIA MUNICIPAL DE MAICAO
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, Targeta de Identidad, PT, Pasaporte)

CAMPO SALAS HORACIO RAFAEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	61 AÑOS 4 MESES 13 DIAS	CC	84041343
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo: **INSPECTOR DE PRECIOS Y MEDIDAS**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *PRESENTA ALTERACION VISUAL Y SOBREPESO CONDICION QUE NO AFECTA SU LABOR PERO REQUIERE DE CONTROL*

APTO | PARA LABORAR COMO INSPECTOR DE PRECIOS Y MEDIDAS

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 MEDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

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 mi 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:

Nombre: GOMEZ CIFUENTES WILLIAM ALBERTO

R. M.: 16109 L.S.O.: 8207

Código de Seguridad
X1193D1J4236

Aspirante o Trabajador

Firma: Horacio Campo S.

Nombre: CAMPO SALAS HORACIO RAFAEL

CC: 84041343

Powered by CamScanner