DPLaboral
Diagnóstico y Prevención Laboral

Diagnostico y Prevención Laboral S.A.S.
NIT. 901019120-8
Calle 39 sur # 40 - 63
Cel. 3014644517 - PBX. 444 8326 - E-mail. info@dplaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26,860

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	**10** MES	**2023** AÑO	**ENVIGADO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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)

GALEANO VÁSQUEZ DAYANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC	1034596753
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DEPORTISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

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 MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ALTERACIÓN FÍSICA O PATOLOGIA APARENTE, CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO

OTRAS RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES:

- INDIVIDUALES: SE RECOMIENDA EJERCICIO REGULAR POR SEMANA (150 MIN DIVIDIDOS EN VARIOS DÍAS), HÁBITOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
- PARA EL CARGO: CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y LESIONES PROPIOS DEL OFICIO Y SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS SEGÚN EL RIESGO DE LA LABOR A REALIZAR, UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONA, REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDEN SER GENERADORAS DE ACCIDENTES LABORALES, GUARDAR MEDIDAS Y HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL SU PUESTO DE TRABAJO Y PRACTICAR PAUSAS ACTIVAS (PREVENTIVAS) CADA 2 HORAS EN LA JORNADA LABORAL DE 3 A 5 MINUTOS O SEGÚN LO DISPONGA INTERNAMENTE EL SGSST DE SU EMPRESA, CAPACITAR EN LAS TÉCNICAS APROPIADAS DE LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE DE CARGAS SEGÚN LOS EXIJA O AMERITE SU EJERCICIO LABORAL. REALIZAR VERIFICACIONES Y CONTROLES PERIÓDICOS DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO CADA VEZ OCURRA, CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS NORMAS DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LA EMPRESA, SEGUIR LAS MEDIDAS DE AUTOPROTECCIÓN Y BIOSEGURIDAD INDICADAS POR EL MIN. SALUD PARA COVID-19.

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: MERCADO ROJAS TEDDY FRANK

R. M.: 010196 **L.S.O.:** 20792

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GALEANO VÁSQUEZ DAYANA

CC: 1037596753

Software para el sector salud - www.biofile.com.co