LABORATORIO CLÍNICO DE CALDAS - IPS

LABORATORIO CLINICO DE CALDAS IPS

NIT. 900257266-0

Calle 21 Nro 23-22 Ed. Atlas Piso 2

Cel. 3106721733 Tel. 8730000 - 8975286 www.laboratorioclinicodecaldas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.447

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	08 MES	2025 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

PARTICULARES	PARTICULARES
Acuerdo comercial	Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC Cedula de Ciudadania, CE Cedula de Extranjeria, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VELEZ CORREA MARIA ROCIO	FEMENINO	57 AÑOS 5 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	30306662 (Numero)

Cargo: **TRABAJADORA SOCIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *SE REALIZÓ EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR*

APTO — PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

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 MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTOCUIDADO PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CONSUMIR DIETA SANA, REALIZAR ACTIVIDAD PARA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA, MANTENER UN PESO SANO Y SI SU CASO APLICA CONTINUAR CONTROLES MEDICOS PERIÓDICOS

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 asesoria 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC 30232174 - ANA CAROLINA VALENCIA

R.M.: 15912 **L.S.O.**: 75543

Código de Seguridad

C1082I1O33447

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VELEZ CORREA MARIA ROCIO

CC: 30306662