MO. MEDICAL
MEDICINA LABORAL
Nit: 901690082-1
Dirección: Calle 70 CC La Roca 2do piso
Cel: 350 710 7959
Correo: Mo.medicalsegovia@gmail.com

Medicina laboral
Examen de ingreso, periódico y egreso.
Evaluación con énfasis en alturas.
Examen médico post incapacidad.
Examen médico reintegro laboral.
Examen médico reubicación laboral.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.745

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	07 MES	2024 AÑO	SEGOVIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA 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)

BURITA GUARIN YESICA LORENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	34 AÑOS 6 MESES 13 DÍAS	CC	1045685931
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TRABAJADORA SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA SUPERFICIE

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 MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEO-MUSCULAR: 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 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: Mayala

Nombre: AYALA JIMENEZ MARIA VIRGELINA

R. M.: 5302112 L.S.O.: LSO 2021060090190

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BURITA GUARIN YESICA LORENA

CC: 1045685931

Código de Seguridad
T1394Z1F5745