OCUPSALUD

Seguridad, salud e ergonomía en el trabajo

NIT. 901390540-6
Carrera 38 # 20 - 57 Barrio Morasurco, Pasto - Nariño, Colombia
Cel. 314 611 2620 E-mail: ocupsaludpasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.399

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	02 MES	2021 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de identificación	
GONZALES QUINTERO LINA MARIA	FEMENINO	23 AÑOS 8 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1085335239 (Número)

Cargo
COMUNICADOR SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARON 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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	TAMIZAJE VISUAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FISICA AEROBICA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EMPRESAS
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA
- CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO
- SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL
- PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19
- USO DE GAFAS DE DESCANSO VISUAL

RECOMENDACIONES TRABAJADOR
- EL EJERCICIO REGULAR AL MENOS 5 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA, MEJORA EL ESTADO FISICO
- SE LE RECOMIENDA ADOPTAR UNA ADECUADA POSTURA Y HÁBITOS POSTURALES TANTO EN POSICION DE PIE COMO SENTADO.
- MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y PREVENCION COVID

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

Médico

Fecha:

Nombre: TELLEZ HOBA INGRID ISABEL

R. M.: 522711 L.S.O.: 0901

Código de Seguridad
S789Y1E1399

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GONZALES QUINTERO LINA MARIA

C.C. 1065535239