FUNDACION SANTA MARIA

MEDICINA DEL TRABAJO .- SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONCEPTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

AK 50 NO. 90-50 Bogotà, D.C
PBX: 2568335/36

INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION DEL CENTRO DE TRABAJO	TELEFONO
SUBIZED SUROCCIDENTE	Cra 77 i-bis No 69B 76/80 Bosa Pblo VI	

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

APELLIDOS Y NOMBRES		EDAD (AÑOS)
Rodriguez Garcia Maria Natalia	TIPO DE DOCUMENTO: CC No DOCUMENTO: 1020774123	25.
CARGO	**SECCION**	**TELEFONO OF. o CASA**
Psicóloga.	Psicologia - Admon	3107029071

INFORMACION DEL EXAMEN MEDICO

Fecha de Realizaciòn
18-04-2018.

Tipo de Examen (Seleccione la opciòn correspondiente)

[X] INGRESO [ ] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] REINTEGRO

CONCEPTO (Seleccione la opciòn correspondiente y la secciòn OTRO, escriba el concepto respectivo)

[X] APTO PARA EL CARGO
[ ] REINCORPORACION SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
[ ] APTO PARA BRIGADISTAS
[ ] OTROS
[ ] APTO CON LIMITACIONES PARA EL CARGO
[ ] REINCORPORACION CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO
[ ] NO APTO PARA BRIGADISTAS
[ ] NO APTO PARA EL CARGO
[ ] REUBICACION LABORAL
[ ] ¿ELCONCEPTO DE APTITUDES DEBE SER APLAZADO? [ ] SI [ ] NO MOTIVO ¿CUAL? _____

EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO [ ] SI [ ] NO

Descripciòn de Resultados:

Examen medico osteomuscular sin alteraciones.

RECOMENDACIONES:

- Continuar estilos saludables de vida (alimentacion balanceada y pausas activas de ejercicio tal cual viene practicando)
- Controlar peso - control anual por optometria.
- Pausas activas en su jornada de Trabajo
- Control anual por medicina preventiva en su EPS o P.C.

REMISION EPS	OBSERVACION:
[ ] SI [X] NO	

MEDICO

Firma y sello: Maria Isabel Rodriguez

Nombre: Yco. Isabel Rodriguez

Registro MD: 1007[illegible] SST14572/2015

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Firma: Maria Natalia Rodriguez

Nombre: Maria Natalia Rodriguez.

Doc. Identificaciòn: 1020774123

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a) Doctor (a) arriba mencionado (a) a realizarme el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (les) en este documento, conforme quedó registrado en la Historia Clínica Ocupacional. El (la) Doctor (a) arriba mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (les). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitacionesy riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (les), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. He sido informado de las medidas que tomará el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí notificación del cocepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento de las respuestas dadas por mi en este (os) examen (es) son completas y verídicas. Autorizo al Área de Seguridad y Salud en el Trabajo para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo.