



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.068

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
29 DÍA	01 MES	2021 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
			Ciudad		
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)					
DELGADO BARALT DIANA MARCELA			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	26 AÑOS 7 MESES 25 DÍAS	CC 1144073811
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo PSICOLOGA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR		
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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA ESTILO DE VIDA SALUDABLE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMO MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO, ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADO) IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: USAR ZAPATOS CÓMODOS, LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS.					
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			Aspirante o Trabajador		
Firma: 			Firma: 		
Nombre: QUINTERO RAMOS MARIA ISABEL			Nombre: DELGADO BARALT DIANA MARCELA		
R. M.: 765999 L.S.O.: 1984			CC: 1144073811		
			Código de Seguridad W602C1116068		

--