



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.751

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	01 MES	2024 AÑO	CALI (COLOMBIA, VALLE DEL CAUCA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				INDEPENDIENTES			
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)							
PEREZ CARDONA MARIA CAMILA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	22 AÑOS 10 MESES 11 DÍAS	CC	1006011630
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INGENIERIA INDUSTRIAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES Y CUMPLE PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
SI		ENFASIS 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:							
EMO INGRESO				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA SU LABOR				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
				OTROS : SVE NUTRICION		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS ANIMALES, HARINAS, AZUCARES Y SALES.	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS ANIMALES, HARINAS, AZUCARES Y SALES. USO DE CORRECCION VISUAL PARA SU LABOR Y MANEJO ADECUADO DE ANTEOJOS.							
<ul style="list-style-type: none">- REALIZAR EJERCICIO PERIODICAMENTE.- PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SEGÚN POLITICA DE LA EMPRESA.- ADECUADO ESTILO DE VIDA Y ALIMENTACION SALUDABLE.- PREVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO BIOMECANICO, ENFASIS EN COLUMNA LUMBOSACRA.- USAR (EPP) ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE LA EMPRESA.- SEGUIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE COVID 19.							
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



**ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL**

Firma: _____

Nombre: HERNANDEZ ARENAS ALBERTO AUGUSTO

R. M.: 03432

L.S.O.: 41450211036



Código de Seguridad

M282S1Y15751

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: PEREZ CARDONA MARIA CAMILA

CC: 1006011630