



DIPRESALUD
IPS SAS

DIPRESALUD IPS

NIT. 900.484.031-1

Carrera 19 #16b-16 Barrio Jorge Dangond
Cel. 310 367 1869 - Tels. 570 5919 - 573 5116

E-mail. dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



N° 8.606

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
22 DÍA	02 MES	2023 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO							
			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)											
CORREDOR GARCIA ELIOENAI				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		30 AÑOS 8 MESES 15 DÍAS		CC 1065641510			
Apellidos y Nombres						Tipo		Número			
Cargos PSICOLOGO											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
SIN RESTRICCIONES											
Observaciones: NO APLICA											
N/A		NO SE EVALUARÁN 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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓		ESPIROMETRÍA		✓			
AUDIOMETRÍA				✓		VISIOMETRÍA		✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP				HÁBITOS SALUDABLES			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				CONTROL DE PESO			
				CAPACITACIÓN				HACER DEPORTE			
								DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
MANTENER MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA COVID 19 TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADOS DE MANO.											
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: MARTINEZ REDONDO YOLANDA MILENA				Nombre: CORREDOR GARCIA ELIOENAI							
R. M.: 7010462012				CC: 1065641510							
L.S.O.: 01646											
Código de Seguridad											
E944K1Q8606											