

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA LABORAL

FECHA: 15 may. 15 HORA: 9:26

EMPRESA:

Nombre del Trabajador: **LUZ ADRIANA URREGO BEJARANO**

Documento de Identificación ☒ CC ☐ T.I ☐ C.E.
No. 1.014.256.793

EDAD 20 AÑOS

Cargo: AUXILIAR

TIPO DE EXAMEN:

☒ INGRESO ☐ RETIRO ☐ PERIODICO ☐ REUBICACIÓN

APTITUD ESPECÍFICA:

OSTEOMUSCULAR **NORMAL**

RECOMENDACIONES:

- | | |
|---|--|
| ☒ EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y FORTALECIMIENTO MUSCULAR | ☐ USO DE LENTES PERMANENTE |
| ☒ HÁBITOS POSTURALES ADECUADOS | ☐ USO DE MEDIA PARA ALIVIO DE VARICES |
| ☒ HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE | ☐ NO LEVANTAR CARGAS MAYORES A _____ Kgs. |
| ☒ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | ☐ INCLUIR EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA _____ |
| ☐ USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA | ☐ VALORACIÓN POR MEDICINA DEL TRABAJO EN SU E.P.S. POR PRESUNCIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL |
| ☐ USO DE PROTECTORES AUDITIVOS | ☐ NO INGRESAR A ESPACIOS CON RUIDO > 80 DECIBELES |
| ☐ BAJAR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO | |

OBSERVACIONES:

Remisión a EPS (IPS)? ☒ NO ☐ SI Cual? _____

CONCEPTO DE LA VALORACION MÉDICA

INGRESO	PERIODICO	RETIRO
☒ APTO	☐ SATISFACTORIO	☐ RETIRO SATISFACTORIO
☐ APTO CON RESTRICCIONES	☐ PRESENTA PATOLOGÍA QUE REQUIEREN SEGUIMIENTO POR EPS	☐ PRESENTA PATOLOGÍA QUE REQUIEREN SEGUIMIENTO POR EPS
☐ APLAZADO	☐ SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	☐ SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ☐ NO ☐
☐ APTO PARA LABORAR EN SUELO	☐ ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO	☐ SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO SI ☐ NO ☐
☐ NO CUMPLE CONDICIONES PARA LABORAR EN EL CARGO	☐ SE SUGIERE REASIGNAR FUNCIONES	
RESTRICCIÓN: _____		

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma: _____

Nombre: _____

Reg. Médico: _____

Dr. Jorge E. Beltrán P.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
REG. 10521888 LIC. 11630

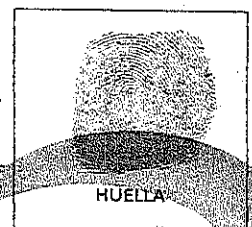
Lic. SO: _____

Trabajador

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____



HUELLA