



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.872

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	10 MES	2020 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA				EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS			
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)							
NAVIA TORRES JAMES ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS 5 MESES 22 DÍAS	CC	10321164
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CADENERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN 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:							
AUDIOMETRIA				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
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				SVE VISUAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
				CAPACITACIÓN		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>AUTOCUIDADO. HIGIENE POSTURAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES. EJERCICIO REGULAR AEROBICO 1 HORA DIARIA 5 VECES POR SEMANA. DIETA BAJA EN GRASA, HIPOCALORICA, HIPERPROTEICA. USO DE E.P.P SEGÚN IDENTIFICACIONDE RIESGOS. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACUERDO A MATRIZ DE RIESGOS PREVENCIÓN DE ACCIDENTALIDAD. REPORTAR ACCIDENTES DE TRABAJO OPORTUNAMENTE.</p> <p>- DISTANCIAMIENTO SOCIAL. - MANTENER UNA DISTANCIA MÍNIMA DE 2 METROS ENTRE UNA Y OTRA PERSONA DE MANERA PERMANENTE. - LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS, CON AGUA Y JABÓN DURANTE MÍNIMO 40 SEGUNDOS, SECARLAS CON TOALLAS DE PAPEL. - LAVADO DE MANO ANTES DE INGERIR LOS ALIMENTOS, DESPUÉS DE TOCARSE LA NARIZ, OJOS, BOCA Y ANTES Y DESPUES DE IR AL BAÑO. . - AL TOSER O ESTORNUDAR CÚBRETE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O EL PLIEGUE DEL CODO. - USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS CONVENCIONAL EN POBLACIÓN GENERAL. - USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PERMANENTE EN SU JORNADA LABORAL CON TAPABOCAS, ASI COMO EN EL SISTEMA DE MASIVO DE TRANSPORTE PÚBLICO, ÁREAS DONDE HAYA AFLUENCIA MASIVA DE PERSONAS O GRUPOS DE ALTO RIESGO (ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, METABOLICAS, INMUNOLÓGICAS, CÁNCER, VIH, GESTANTES Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS). - INCREMENTAR LAS MEDIDAS DE HIGIENE Y DESINFECCIÓN EN TU PUESTO DE TRABAJO O SITIO DE DESCANSO (INTERNO) Y DE TODOS LOS ELEMENTOS DE USO PERSONAL, VENTILE Y DEJE QUE ENTRE ILUMINACIÓN DEL SOL. - MANTENGA SEPARADA LA ROPA DEL TRABAJO Y/O LA QUE USA PARA DESCANSAR. - EVITAR LA MANIPULACIÓN DE TELÉFONOS CELULARES Y RADIOS DURANTE EL TIEMPO DE ALIMENTACIÓN. - DESINFECTE TODOS LOS ELEMENTOS QUE HAN ESTADO EN CONTACTO AL EXTERIOR ZAPATOS, COMPUTADORES, CELULARES, CABLE</p>							

DE COMPUTADOR, LLAVES ETC. USE ALCOHOL O AGUA Y JABÓN.

- AL LAVAR Y DESINFECTAR PROCURE SEGUIR LOS PASOS: RETIRE POLVO, LAVE CON AGUA Y JABÓN, ENJUAGUE CON AGUA LIMPIA, DESINFECTE CON LÍQUIDO ANTIBACTERIAL.

- AL INGRESO DE LA INSTITUCION SE TOMÓ LA TEMPERATURA, SE REALIZÓ ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE SÍNTOMAS COVID-19, SE REALIZÓ LAVADO DE MANO SEGÚN INDICACIÓN OMS EN LOS 5 MOMENTOS EN TÉCNICA Y DURACIÓN, ADEMÁS DE LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, Y APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE TALES COMO DISTANCIAMIENTO Y USO OBLIGATORIO DEL TAPABOCAS, SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS DESPUÉS DE CADA ATENCIÓN A CADA PACIENTE. USUARIO SIN SÍNTOMAS CLÍNICOS EN ESTA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PARA COVID 19.

- SE INDICA SEGUIR LINEAMIENTO MINISTERIO DE SALUD PARA AISLAMIENTO SELECTIVO DE ACUERDO A SU PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD.

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

Firma:



Nombre: DOMINGUEZ VEGA DOMINGO

R. M.: 13011752

L.S.O.: 02138-04-2016



Código de Seguridad

F703L1R15872

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: NAVIA TORRES JAMES ALBERTO

CC: 10321164