



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.749

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	05 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)							
GARCES CASTILLO DAYANA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	25 AÑOS 0 MESES 23 DÍAS	CC	1118306953
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo SECRETARIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA							
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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		CAPACITACIÓN			CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>CONTROL CON OPTOMETRIA CADA AÑO 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. LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS, CON AGUA Y JABON DURANTE MINIMO 20 SEGUNDOS, SECARLAS CON UNA TOALLA O TOALLAS DE PAPEL. AL TOSER O TORNUDAR CUBRETE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O EL PLIEGUE DEL CODO. TAPABOCAS: POBLACIÓN GENERAL EL USO DE TAPABOCAS CONVENCIONAL OBLIGATORIO EN LOS SIGUIENTES LUGARES: 1. EN EL SISTEMA DE TRANSPORTE PÚBLICO, DONDE HAYA AFLUENCIA MASIVAS, BANCOS, MERCADOS. 2. DONDE HAY PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. 3. DONDE HAY GRUPOS DE RIESGO PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ENFERMEDADES QUE COMPROMETAN SU SISTEMA INMUNOLÓGICO, CÁNCER, VIH, GESTANTES Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS. "QUEDATE EN CASA"</p>							

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

H703N1T5749

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: GARCES CASTILLO DAYANA ANDREA

CC: 1118306953