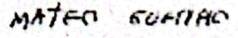




Nº 38.734

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DIA	09 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)							
GUERRERO POSADA MATEO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	28 AÑOS	CC	1037325912
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Aluras, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A							
RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA		TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA VISIONMETRÍA		✓ ✓ ✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PSICOACTIVO			✓ ✓ ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN .		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PÁSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA .							
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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO				Nombre: GUERRERO POSADA MATEO			
R. M.: 5-1216-10		L.S.O.: 2017060104660		Código de Seguridad		CC: 1037325912	
N117T1Z38734							



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a N° 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: GUERRERO POSADA MATEO

Fecha: 19/09/2024

Identificación: CC: 1037325912

Fecha Nacimiento: 01/09/1996

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 28 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CISNERO

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

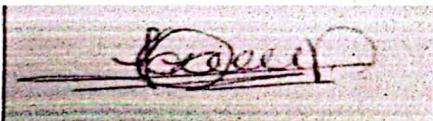
RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO



Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE

MATEO GUERRERO

Firma:

Nombre: GUERRERO POSADA MATEO

CC: 1037325912