



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 45.217

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	02 MES	2024 AÑO	SEGOVIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
NORDESTE DE TRANSPORTES PUNTO CLAVE S.A.S.				NORDESTE DE TRANSPORTES PUNTO CLAVE S.A.S.			
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)							
VASCO MONSALVE EDERSON ALFREDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	53 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS	CC	98578821
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
ENFERMEDAD COMÚN							
Observaciones: NO APLICA							
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS						NO APLICA	
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS						NO APLICA	
CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS						NO APLICA	
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 MÉDICO OCUPACIONAL				ESPIROMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				CONSENTIMIENTO INFORMADO			
VISIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL							
VALORACIÓN POR EPS : - R635 - H527 - H904 - H901 -							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<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 mi en este examen son completas, verídicas y no oculto ninguna patología preexistente y/o accidente que haya sufrido. 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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: IZAQUITA FLOREZ MARCOS SERGIO				Nombre: VASCO MONSALVE EDERSON ALFREDO			
R. M.: 8387 / 87 - MINSALUD L.S.O.: 2022060368025 - 31/O				CC: 98578821			