



Nº 45.217

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 LABORÓ 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 mí en este examen son completas, verídicas y no oculta 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				CC: 98578821				
L.S.O.: 2022060368025 - 31/O								