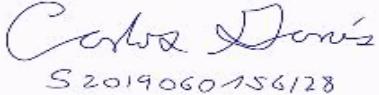
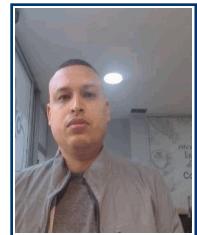

**Nº 5.713**
**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	04 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
INDEPENDIENTE			INDEPENDIENTE			
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)						
LOPEZ CALLE VICTOR MANUEL			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	29 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC	1022098055
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO (A) PARA DESEMPEÑAR EL CARGO</b>						
Observaciones: <b>APTO PARA EL CARGO</b>						
<b>APTO</b>	PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
AUDIOMETRÍA			✓	VISIOMETRÍA OCUPACIONAL POR OPTOMETRA		✓
GLUCOSA			✓	PRUEBAS PSICOSENSOMETRICA		✓
PX MULTIDROGAS 2 SUSTANCIAS			✓	EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
APTO PARA EL CARGO						
<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.</p>						
Médico			Aspirante o Trabajador			
 Firma: <u>S 2019060156128</u>			 Firma: <u>Victor Lopez</u>			
Nombre: GARCES TIRADO CARLOS EDUARDO			Nombre: LOPEZ CALLE VICTOR MANUEL			
R. M.: 50299		L.S.O.: S2019060156128		Código de Seguridad		CC: 1022098055
<b>R1354X1D5713</b>						


**PRUEBA PERCEPTIVO-MOTORA**
**Datos del Paciente**
**Nº Atención: 1,274**

<b>Municipio:</b> MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	<b>Fecha Atención:</b> 20/04/2024 07:49:51a. m.	
<b>Tipo Doc:</b> CC <b>Cedula:</b> 1022098055	<b>Nombres y Apellidos:</b> LOPEZ CALLE VICTOR MANUEL	<b>Fecha de Nacimiento:</b> 14/04/1995
<b>Edad:</b> 29 AÑOS 0 M <b>Cargo:</b> CONDUCTOR	<b>Empresa:</b> INDEPENDIENTE	
<b>Teléfono:</b> 3174215111 <b>Celular:</b> 3174215111		

**Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:**

EXÁMEN	PARÁMETROS	RANGOS DE APROBACIÓN	SG	RESULTADO
ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA	TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA	(0 A 89)	AC_TMR	70
	CONFUSIONES ANTE ESTIMULO	(0 A 8)	AC_CAE	1
REACCIONES MULTIPLES	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN	(0 A 164)	TMR_RM	96
	CONFUSIONES ANTE ESTIMULO	(0 A 11)	NE_RM	0
VELOCIDAD DE ANTICIPACIÓN	MEDIA DE DESVIACIONES ABSOLUTAS	(0 A 54)	VA_MDA	47
	NÚMERO DE ERRORES	(0 A 131)	NE_BM	22
COORDINACIÓN BIMANUAL	TIEMPO EN ERROR	(0 A 9079)	CB_TE	768
	NEUROTISSIMO	(0 A 3)	P_NE	2
PERSONALIDAD	PARANOIDISMO	(0 A 1)	P_PA	1
	AGITACIÓN	(0 A 3)	P_AG	3
	FUERZA DEL YO	(0 A 3)	P_FY	2
	PSICASTENIA	(0 A 3)	P_PS	2
	HIPOCONDRIÁ	(0 A 2)	P_HI	1
	PREDISPUSIÓN AL SUICIDIO	(0 A 1)	P_SU	1
FRENADO	TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA	(0 A 43)	FR_TMR	41

**Resultado Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:**

El usuario comprende rápidamente las indicaciones y realiza las pruebas en el tiempo estipulado. En atención, concentración y motricidad no presenta ninguna alteración al igual que en el test de personalidad, esta dentro de los rangos de lo normal.

**Concepto:** APTO

**Recomendaciones:**

NO APLICA


**FIRMA PROFESIONAL - Psicóloga**

BAENA GARCES SUSANA

**Registro:** 1037613676

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** En calidad de evaluado bajo la gravedad del juramento declaro que todos los datos aquí suministrados son reales y corresponden con la verdad, que no omito ningún dato relevante sobre mis antecedentes personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud mental asumiendo total responsabilidad por las consecuencias generadas como resultado de tal información.