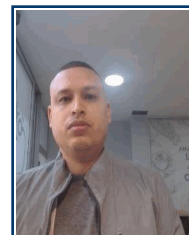


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.713

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	04 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	29 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC	1022098055
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (A) PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: <i>APTO PARA EL CARGO</i>							
APTO		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				✓	VISIOMETRIA 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:				Firma:			
Nombre: GARCES TIRADO CARLOS EDUARDO				Nombre: LOPEZ CALLE VICTOR MANUEL			
R. M.: 50299				CC: 1022098055			
L.S.O.: S2019060156128				Código de Seguridad			
				R1354X1D5713			



PRUEBA PERCEPTIVO-MOTORA

Datos del Paciente

N° Atención: 1,274

Municipio: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Fecha Atención: 20/04/2024 07:49:51a. m.
Tipo Doc: CC Cedula: 1022098055 Nombres y Apellidos: LOPEZ CALLE VICTOR MANUEL Fecha de Nacimiento: 14/04/1995
Edad: 29 AÑOS 0 M Cargo: CONDUCTOR Empresa: INDEPENDIENTE
Teléfono: 3174215111 Celular: 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
COORDINACIÓN BIMANUAL	NÚMERO DE ERRORES	(0 A 131)	NE_BM	22
	TIEMPO EN ERROR	(0 A 9079)	CB_TE	768
PERSONALIDAD	NEUROTICISMO	(0 A 3)	P_NE	2
	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
	HIPOCONDRIA	(0 A 2)	P_HI	1
FRENADO	PREDISPOSICIÓN AL SUICIDIO	(0 A 1)	P_SU	1
	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

CONSETIMIENTO 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.