



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 259**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	04 MES	2021 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PARA CONDUCTORES			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE PACIFICO S.A				TRANSPORTE PACIFICO S.A			
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)							
CASTRO RIVAS JAIME				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	42 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC	11706196
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION Y DIETETICA			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : REALIZARLAS CADA 2 HORAS DE 10 A 15 MINUTOS DURANTE LA JORNADA LABORAL CAPACITACIÓN			HÁBITOS SALUDABLES	
			OTROS : USO DE TAPA BOCA, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, NO AGLOMERACIONES, LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL			CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 3 VECES A LA SEMANA DE 30 A 40 MINUTOS SEGUN CAPACIDAD FISICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<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>							
<b>Médico</b>   Firma: Nombre: MORENO CORDOBA HABLEIDY				<b>Aspirante o Trabajador</b>   Firma: Nombre: CASTRO RIVAS JAIME			

R. M.: 273129

L.S.O.: 1973

Código de Seguridad

CC: 11706196

**U867A1G259**