



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 21.856

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
01 DÍA	02 MES	2023 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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)							
LUGO GIL ARCESIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	60 AÑOS 5 MESES 4 DÍAS	CC	14240742
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE INTERFIERE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.							
Observaciones: CON RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
APTO		PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS					
RESTRICIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO HALAR, NO EMPUJAR, NO ARRASTRAR OBEJETOS PESADOS, CONDUCIR CON LAS VENTANILLAS CERRADAS, CONTROL AUDITIVO SEMESTRAL, USO DE TAPAOIDOS EN AMBIENTE RUIDOSO, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL. EVITAR DEAMBULACION POR PENDIENTE, EVITAR DEAMBULACION PROLONGADA, EVITAR LABORAR AGACHADO O EN CUNCLILLAS, EVITAR LEVANTAR O TRANSPORTAR CARGAS SUPERIORES A 5 KILOS, EVITAR LABORES QUE IMPLIQUEN FLEXION Y EXTENSION DE RODILLAS, REALIZAR CAMBIOS FRECUENTES DE POSICION Y PAUSAS ACTIVAS, EVITAR SUBIR Y BAJAR ESCALERAS TRANSPORTANDO CARGAS, EVITAR LABORES QUE IMPLIQUEN TRAUMA, MICROTRAUMA, O DEPORTES DE IMPACTO EN RODILLA DERECHA, EVITAR DEAMBULACION POR TERRENO IREGULAR, USAR CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA, INCLUIR EN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EPIDEMIOLOGICA PARA LA CONSERVACION AUDITIVA Y OSTEOMUSCULAR, VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA GENERAL Y OROTTINOLARINGOLOGIA, SI RUIDO SUPERA LOS 85 DB DOBLE PROTECCION AUDITIVA, PACIENTE CON TRAUMA EN RODILLA DERECHA QUIEN DEBE SER VALORADO POR MEDICO TRATANTE DE LA EPS ORTOPEDIA				TEMPORAL	NO APLICA		
				TEMPORAL	NO APLICA		

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	AUDIOMETRÍA	
VISIOMETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOMOTRIZ	<input checked="" type="checkbox"/>

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PARA CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION PROXIMA	SVE AUDITIVO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : PARA REALIZACION DE RX DE RODILLA POR ANTECEDENTE DE TRAUMA O VALORACION POR ORTOPEDIA, CIRUGIA GENERAL, OTORRINOLARINGOLOGIA	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA : BAJA EN SAL
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA : SI RUIDO SUPERA LOS 85 DB	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 5 KILOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO HALAR, NO EMPUJAR, NO ARRASTRAR OBEJOS PESADOS, CONDUCIR CON LAS VENTANILLAS CERRADAS, CONTROL AUDITIVO SEMESTRAL, USO DE TAPAOIDOS EN AMBIENTE RUIDOSO, REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL.

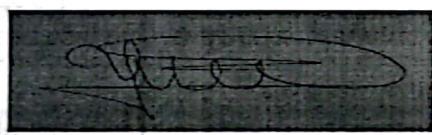
EVITAR DEAMBULACION POR PENDIENTE, EVITAR DEAMBULACION PROLONGADA, EVITAR LABORAR AGACHADO O EN CUNCLILLAS, EVITAR LEVANTAR O TRANSPORTAR CARGAS SUPERIORES A 5 KILOS, EVITAR LABORES QUE IMPLIQUEN FLEXION Y EXTENSION DE RODILLAS, REALIZAR CAMBIOS FRECUENTES DE POSICION Y PAUSAS ACTIVAS, EVITAR SUBIR Y BAJAR ESCALERAS TRANSPORTANDO CARGAS, EVITAR LABORES QUE IMPLIQUEN TRAUMA, MICROTRAUMA, O DEPORTES DE IMPACTO EN RODILLA DERECHA, EVITAR DEAMBULACION POR TERRENO IREGULAR.

CONTINUAR CONTROL OCUPACIONAL PERIODICO ANUAL

INDUCCION AL CARGO.

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.

Médico



Firma:

Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019



Código de Seguridad
H820N1T21856

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LUGO GIL ARCESIO

