



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 21.856

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
01 DÍA	02 MES	2023 AÑO	IBAGÜE (TOLIMA, COLOMBIA)	
			Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TL, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
LUGO GIL ARCESIO			Genero	Edad
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 PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO CON RESTRICCIONES.**

APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>	<b>TIPO</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
NO HALAR, NO EMPUJAR, NO ARRASTRAR OBJETOS 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 OROTINOLARINGOLOGIA, 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

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	AUDIOMETRÍA	✓
VISIOMETRÍA	✓	PSICOMOTRIZ	✓



RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PARA CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL	USO DE EPP	HABITOS 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 OBJETOS 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

CC: 14240742

