




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.018

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	03 MES	2023 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
LOPEZ CARO JHON JAIRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	47 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC	93010854
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.							
Observaciones: <i>PUEDEN DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES</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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR				PSICOMOTRIZ			
VISIONOMETRIA				DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) TEST RAPIDO			
AUDIOMETRIA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PARA CONTROL DE HIPOTIROIDISMO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO						HACER DEPORTE	
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
INDUCCIÓN 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				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA				Nombre: LOPEZ CARO JHON JAIRO			
R. M.: 3566/2005		L.S.O.: 1004/2019		Código de Seguridad		CC: 93010854	
				O820U1A23018			