



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2,501

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
27 DÍA	10 MES	2022 AÑO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - PSICOSENSOMÉTRICO - TOXICOLÓGICO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA	
SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S.			TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Ciudadanía, DE, Cédula de Extrajjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
GUTIERREZ ZULETA LUIS FERNANDO			Sexo	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	46 AÑOS 6 MESES 3 DÍAS
			CC	98845808
			Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA LABORAR				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Altura, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
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 OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO MUSCULAR Y DE COLUMNA		✓	TOXICOLÓGICO E PARÁMETROS	
TAMIZAJE AUDITIVO		✓	PSICOSENSOMÉTRICA	
TAMIZAJE VISUAL		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL / PERMANENTE		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		SIN VISUAL		HACER DEPORTE
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
-EXAMEN FÍSICO OSTEO MUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS -TAMIZAJE VISUAL- REQUIERE CORRECCIÓN VISUAL PARA VISIÓN CERCANA Y LEJANA, SE RECOMIENDA RENOVACIÓN FÓRMULA ÓPTICA PERMANENTE. -TAMIZAJE AUDITIVO- NORMAL -PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA- APTO -TOXICOLÓGICO E PARÁMETROS- NEGATIVO -SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO QUE ASPIRA. -MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y PRACTICAR EL AUTOCUIDADO.				
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 envíen 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.				