



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 20.608

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

27 DÍA    07 MES    2024 AÑO    CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

TRANSPORTES ESPECIALES YUMBO S.A.S

TRANSPORTES ESPECIALES YUMBO S.A.S TEY S.A.S

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)

ERAZO DE LA CRUZ RAUL ALVEIRO

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

31 AÑOS 10 MESES 11 DÍAS

CC

1118298973

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: NO APLICA

N/A    NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, 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 MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR



COLESTEROL TOTAL



AUDIOMETRÍA



TRIGLICERIDOS (TGS)



VISIONETRÍA



-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HABITOS SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

HACER DEPORTE

DIETA BALANCEADA

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL. NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

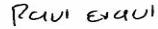
  
PAOLA ANDREA DONNEYS  
Médico General  
Especialista en Salud Ocupacional  
RM. 760030 - L50-04-972-350-4 Cali

Firma:

Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA



**Aspirante o Trabajador**

  
PACIEN EVAL

Firma:

Nombre: ERAZO DE LA CRUZ RAUL ALVEIRO

