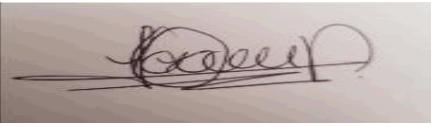




Nº 38.428

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|  |           |  |  |                          |                                     |            |   |
|--|-----------|--|--|--------------------------|-------------------------------------|------------|---|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |  | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL        |                          |                                     |            |   |
| 11<br>DÍA  | 09<br>MES | 2024<br>AÑO  | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |                          |                                     |            |   |
| 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)  |           |  |  |                          |                                     |            |   |
| ECHEVERRI OSSA DIEGO ALEXANDER   |           |  | Genero                                   | Edad                     | Documento de Identificación         |            |   |
| Apellidos y Nombres  |           |  | MASCULINO                                | 36 AÑOS                  | CC                                  | 1026134000 |   |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>  |           |  |  |                          | Tipo                                | Número     |   |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>  |           |  |  |                          |                                     |            |   |
| Observaciones: NO APLICA   |           |  |  |                          | N/A                                 |            |   |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  |           |  | N/A                                      |                          |                                     |            |   |
| RESTRICCIONES LABORALES  |           |  | TIPO                                     | RECOMENDACIONES          |                                     |            |   |
| NO APLICA  |           |  | NO APLICA                                | NO APLICA                |                                     |            |   |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:   |           |  |  |                          |                                     |            |   |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA  |           |  | ✓  | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA |                                     |            | ✓ |
| AUDIOMETRÍA  |           |  | ✓  | PSICOACTIVO              |                                     |            | ✓ |
| VISIONETRÍA  |           |  | ✓  | COLESTEROL               |                                     |            | ✓ |
| GLICEMIA   |           |  | ✓  | TRIGLICERIDOS            |                                     |            | ✓ |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS  |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  |  |                          | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |            |   |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO   |           | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  |  |                          | HABITOS SALUDABLES                  |            |   |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO   |           | SVE OSTEOMUSCULAR  |  |                          | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |            |   |
|  |           |  |  |                          | HACER DEPORTE                       |            |   |
|  |           |  |  |                          | DIETA BALANCEADA                    |            |   |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |  |  |                          |                                     |            |   |
| GLUCOMETRIA , COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS : NORMAL . PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA   |           |  |  |                          |                                     |            |   |
| <p>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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.</p> |           |  |  |                          |                                     |            |   |
| Médico   |           | Aspirante o Trabajador   |  |                          |                                     |            |   |
| <br>Firma: _____  |           | <br>Firma: _____ |  |                          |                                     |            |   |
| Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO  |           | Nombre: ECHEVERRI OSSA DIEGO ALEXANDER   |  |                          |                                     |            |   |
| R. M.: 5-1216-10   |           | L.S.O.: 2017060104660  |  |                          |                                     |            |   |
|  |           | Código de Seguridad<br><b>B117H1N38428</b>   |  |                          |                                     |            |   |
|  |           | CC: 1026134000   |  |                          |                                     |            |   |

**RECOMENDACIONES****Paciente:** ECHEVERRI OSSA DIEGO ALEXANDER**Fecha:** 11/09/2024**Identificación:** CC: 1026134000**Fecha Nacimiento:** 20/11/1987**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 36 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CLL 127 B SUR 42 100**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

**MÉDICO****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** OCAMPO VILLA JOHN JAIRO**R.M.** 5-1216-10      **L.S.O.** 2017060104660**PACIENTE****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** ECHEVERRI OSSA DIEGO ALEXANDER**CC:** 1026134000