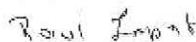
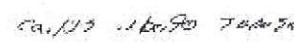



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.581

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
05 DÍA	01 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS				
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)								
SALAZAR CARDONA CARLOS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				MASCULINO	41 AÑOS	CC	71375577	
						Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)								
Observaciones: NO APLICA								
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A								
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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO			✓
VISIOMETRÍA				✓	-----			-----
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					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
					DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO -DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL AREA DE ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONÍA REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA ,CORRELACIONAR CON EL EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.								
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.								
Médico				Aspirante o Trabajador				
								
Firma:				Firma:				
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: SALAZAR CARDONA CARLOS ALBERTO				
R. M.: 5065404		L.S.O.: P117V1B22581		CC: 71375577				

RECOMENDACIONES**Paciente:** SALAZAR CARDONA CARLOS ALBERTO**Fecha:** 05/01/2023**Identificación:** CC: 71375577**Fecha Nacimiento:** 24/06/1981**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 41 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CRA 58 # 93 101**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDOR.M. 5065404 L.S.O. _____**PACIENTE**

Firma: _____

Nombre: SALAZAR CARDONA CARLOS ALBERTOCC: 71375577