



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.151

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |             |                                   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL        |         |                                     |            |
|--|-----------|-------------|-----------------------------------|--|---------|-------------------------------------|------------|
| 09<br>DÍA  | 04<br>MES | 2024<br>AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)    | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |         |                                     |            |
|  |           |             | Ciudad                            |  |         |                                     |            |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE  |           |             |                                   |  |         |                                     |            |
| LAS BUSETICAS SAS  |           |             |                                   | LAS BUSETICAS 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)  |           |             |                                   |  |         |                                     |            |
| AYALA VILLEGAS JUAN DANIEL   |           |             |                                   | Genero                                   | Edad    | Documento de Identificación         |            |
|  |           |             |                                   | MASCULINO                                | 27 AÑOS | CC                                  | 1039049912 |
| Apellidos y Nombres  |           |             |                                   |  |         | Tipo                                | Número     |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>  |           |             |                                   |  |         |                                     |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>  |           |             |                                   |  |         |                                     |            |
| 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  |           |             |                                   | GLICEMIA                                 |         |                                     |            |
| AUDIOMETRÍA  |           |             |                                   | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA                 |         |                                     |            |
| VISIONOMETRÍA  |           |             |                                   | PSICOACTIVO                              |         |                                     |            |
| 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   |           |             |                                   |  |         | CONTROL DE PESO                     |            |
| VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR NUTRICION   |           |             |                                   |  |         | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |            |
|  |           |             |                                   |  |         | DIETA BALANCEADA                    |            |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |             |                                   |  |         |                                     |            |
| <p>-GLUCOMETRIA NORMAL</p> <p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (TIPO 2) PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN EL AREA DE REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA. LA PRESENTE ALRETRACIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p>   |           |             |                                   |  |         |                                     |            |
| <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

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/20



Código de Seguridad

**T117Z1F34151**

Aspirante o Trabajador

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: AYALA VILLEGAS JUAN DANIEL

CC: 1039049912



Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: AYALA VILLEGAS JUAN DANIEL

Identificación: CC: 1039049912

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CLL 58 # 57-39

Fecha: 09/04/2024

Fecha Nacimiento: 29/01/1997

Edad: 27 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: CONTROL POR NUTRICION

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20

PACIENTE

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: AYALA VILLEGAS JUAN DANIEL

CC: 1039049912