



Nº 36.759

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

13 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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)

LONDOÑO PABON JOAQUIN ANTONIO

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

60 AÑOS

CC

15456778

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: NO APLICA

PARA LA LABOR ASIGNADA

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



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

SVE AUDITIVO : AUDIOMETRIA CONTROL SEIS MESES

HÁBITOS SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

SVE CARDIOVASCULAR

CONTROL DE PESO

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO

-ALTERACION VISUAL QUE REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU ENTIDAD DE SALUD . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR

-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS

-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICION MEDICA DE ORIGEN CARDIOVASCULAR , SE REFUERZA LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .

-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL AREA DE REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL, SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON 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

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/



Código de Seguridad

G117M1S36759**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: LONDOÑO PABON JOAQUIN ANTONIO

CC: 15456778



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** LONDOÑO PABON JOAQUIN ANTONIO**Fecha:** 13/07/2024**Identificación:** CC: 15456778**Fecha Nacimiento:** 22/02/1964**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 60 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** ITAGUI**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: EN SU PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO: AUDIOMETRIA CONTROL SEIS MESES , SVE CARDIOVASCULAR, 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: LONDOÑO PABON JOAQUIN ANTONIO

CC: 15456778