



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.029

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	10 MES	2023 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)							
MONTOKA MONTOKA GERARDO ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	41 AÑOS	CC	70221339
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <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			
VISIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				SVE AUDITIVO		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
- 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. CONTROL AUDIOMETRICO EN 6 MESES							
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: MONTOKA MONTOKA GERARDO ANTONIO			
R. M.: 5065404				CC: 70221339			
L.S.O.:				Código de Seguridad			
				0117U1A30029			

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** MONTOYA MONTOYA GERARDO ANTONIO

**Identificación:** CC: 70221339

**Cargo:** CONDUCTOR

**Género:** MASCULINO

**Dirección:** CLL 33 # 69 - 49

**Fecha:** 31/10/2023

**Fecha Nacimiento:** 20/08/1982

**Edad:** 41 AÑOS

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES Hábitos y estilos de vida saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, Hábitos saludables

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO

## MÉDICO

*Raul Ospina*

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

**Nombre:** ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

**R.M.** 5065404 **L.S.O** \_\_\_\_\_

## PACIENTE

*Gerardo Mto*

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

**Nombre:** MONTOYA MONTOYA GERARDO ANTONIO

**CC:** 70221339 \_\_\_\_\_