



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 29.813

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	10 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							
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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
GARCIA RESTREPO WILTON CESAR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	41 AÑOS	CC	71388589
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
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 OSTEO muscular Y COLUMNA				✓	GLICEMIA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	
VISIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEO muscular			HACER DEPORTE		
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA							
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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO				Nombre: GARCIA RESTREPO WILTON CESAR			
R. M.: 5-1216-10		L.S.O.: 2017060104660		Código de Seguridad		CC: 71388589	
 H117N1T29813							

RECOMENDACIONES**Paciente:** GARCIA RESTREPO WILTON CESAR**Fecha:** 24/10/2023**Identificación:** CC: 71388589**Fecha Nacimiento:** 25/05/1982**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 41 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CR 52 B # 89-52**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

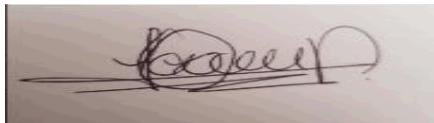
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN .

MÉDICO**Firma:** _____**Nombre:** OCAMPO VILLA JOHN JAIRO**R.M.** 5-1216-10 **L.S.O.** 2017060104660**PACIENTE****Firma:** _____**Nombre:** GARCIA RESTREPO WILTON CESAR**CC:** 71388589