



Nº 33.412

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 11 DÍA | 03 MES | 2024 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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte) | | | | | | | |
| GARCIA GARCIA GUSTAVO ADOLFO | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 37 AÑOS | CC | 71527451 |
| 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 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 | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | HABITOS SALUDABLES | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | CONTROL DE PESO | | |
| | | | | | DIETA BALANCEADA | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - PRESENTA DEBILIDAD DE LA PARED ABDOMINAL DETECTADA EN EL EXAMEN MÉDICO QUE NO LE GENERA SINTOMATOLOGÍA, LIMITACIONES PARA LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS NI PARA DESEMPEÑAR SUS LABORES. SE RECOMIENDA SOLICITAR EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO POR CIRUGÍA GENERAL EN SU ENTIDAD DE SALUD | | | | | | | |
| <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 | | | | Aspirante o Trabajador | | | |
|  | | | |  | | | |
| Firma: | | | | Firma: | | | |
| Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO | | | | Nombre: GARCIA GARCIA GUSTAVO ADOLFO | | | |
| R. M.: 5065404 | | L.S.O.: S201706010407: | | Código de Seguridad | | CC: 71527451 | |
|  | | | | A117G1M33412 | | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: GARCIA GARCIA GUSTAVO ADOLFO

Fecha: 11/03/2024

Identificación: CC: 71527451

Fecha Nacimiento: 07/12/1986

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 37 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CR 117 C # 36 E - 42

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, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raoul Zapata

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

GUSTAVO GARCIA

Firma: _____

Nombre: GARCIA GARCIA GUSTAVO ADOLFO

CC: 71527451