


**Paciente:** DARLEYS JONAS SUAREZ VARELA

**Identificación:** 72046305

**Sexo:** M

**Dirección:** CALLE 9 KRA 21 8-73 MARTINEZ BARBOSA

**Ciudad:** CODAZZI

**Teléfono:** 3155051882

**Ocupación:**
**Est. Civil:** Union Libre

**Edad:** 51 años 8 meses y 14 días

1971-05-09

**Asegurador:** ELECTRICAS DE MEDELLIN-INGENIERIA Y SERVICIOS SAS

**Acompañante:**
**Responsable:**

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

No.: 3387769

**Edad del paciente:** 51 años 8 meses y 14 días

**Fecha de la nota:** 23/01/2023 2:27:12 p. m.

#### TIPO DE EVALUACION REALIZADA

**EVALUACION OCUPACIONAL**

Preocupacional

#### DATOS DEL TRABAJADOR

| EMPRESA CONTRATANTE    | EMPRESA EN MISIÓN     | CARGO                            |
|------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| N/A                    | N/A                   | CONDUCTOR DE VEHICULO SEMIPESADO |
| <b>CENTRO DE COSTO</b> | <b>ÁREA O SECCIÓN</b> |                                  |
| EDEMSA COCU 252        | OPERATIVA             |                                  |

  

| TIPO DE EXAMEN | TIPO DE APTITUD                            |
|----------------|--|
| PREOCUPACIONAL | APTITUD LABORAL<br>CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS |

#### EXAMENES REALIZADOS

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>EXAMENES REALIZADOS</b> | EVALUACIÓN MÉDICA CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR<br>VIISIOMETRIA<br>AUDIOMETRIA TAMIZ<br>ESPIROMETRIA<br>PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (MOTRIZ - PSICOLÓGICA) |
|----------------------------|---|

#### PRUEBAS DE LABORATORIO

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b> | <b>LABORATORIOS</b>   |
| SI                            | GLICEMIA EN AYUNAS<br>HEMOGRAMA<br>COCAINA CUALITATIVA EN ORINA |

#### RECOMENDACIONES

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>RECOMENDACIONES</b> | -CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL DE ACUERDO AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA<br>-EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO VERIFICAR USO Y DESEMPEÑO DE PROTECTORES AUDITIVOS.<br>-CONTROL VISUAL ANUAL.<br>-REQUIERE SEGUIMIENTO CON SU MÉDICO TRATANTE. |
|------------------------|--|

#### SE REMITE AL OTORRINOLARINGOLOGO

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>AUDIOMETRIA DE CONTROL EN</b> | <b>FECHA PROXIMO CONTROL AUDIOMETRICO (MM/AAAA)</b> |
| 6 MESES                          | 07/2023   |

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

**OBSERVACIONES A  
RECOMENDACIONES**

-SE RECOMIENDA QUE ASISTA A UN CURSO DE SEGURIDAD VIAL Y DE MANEJO PREVENTIVO.  
- VALORACION POR OPTOMETRIA.

**RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA**
**RECOMENDACIONES**

- FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
- FOMENTAR LA PRACTICA DE PAUSAS ACTIVAS.
- FOMENTAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ÉNFASIS EN EL AUTOCUIDADO, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, USO DE TAPABOCAS QUE CUBRA NARIZ Y BOCA, HIGIENE RESPIRATORIA Y ADHERENCIA A PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

**REQUIERE SEGUIMIENTO EN LOS SVE**
**DE CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

SI

**CONCEPTO DE APTITUD LABORAL**
**CONCEPTO DE APTITUD  
LABORAL**

CON HALLAZGOS DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO

**CON COMORBILIDAD Y/O CONDICION QUE PUDIERA COMPLICAR LA HISTORIA NATURAL DEL COVID-19.**
**CON COMORBILIDAD Y/O  
CONDICION QUE PUDIERA  
COMPLICAR LA HISTORIA  
NATURAL DEL COVID-19.**

SI

**CONCEPTO DE APTITUD PARA CONDUCCION DE VEHICULOS**
**CUMPLE CON LOS REQUISITOS  
DE SALUD PARA CONDUCCIÓN  
DE VEHÍCULO.**

SI

Firma Paciente:




CC 72046305

MARIA REBECA PINTO VEGA

RM RM 20593/2007 LIC 0571

MEDICINA LABORAL

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta