



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.477

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
24 DÍA	01 MES	2025 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
ADILAB - AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO S.A.S.				NGEOMEGA S.A.S - PRAFI CE - PROYECTO REDES AFINIA CESAR							
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)											
PAREDES REALES RUSBEL DAVID				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		51 AÑOS 8 MESES 12 DÍAS		CC 77175815			
Apellidos y Nombres						Tipo		Número			
Cargos											
AYUDANTE CONDUCTOR											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR											
Observaciones: NO APLICA											
APTO PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL								SI			
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				EVALUACION OSTEOMUSCULAR							
AUDIOMETRÍA				TETANO							
VISIOMETRÍA				EVALUACION SICOSENSOMETRICA							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
				APORTA CARNET DE VACUNACION ACTUALIZADO CON VACUNAS APLICADAS DE: : F AMARILLA APLICADA 9/11/2023,2 DOSIS DE V T TETANICO 24/01/2025.							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
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.											
Médico				Aspirante o Trabajador							
											
Firma:				Firma:							
Nombre: MOLINA RAMOS SILVIO JAVIER				Nombre: PAREDES REALES RUSBEL DAVID							
R. M.: 440050 L.S.O.: 168/2022				CC: 77175815							