



**LABOR
HEALTH**
I.P.S

LABOR HEALTH IPS S.A.S

NIT: 901552472-1

CARRERA 43 A - 18 SUR - 135 LOCAL 422

Centro Comercial Sao Paulo Plaza.

Medellín - Antioquia

Tel: 3176477139

Correo electrónico: documental@laborhealthips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.095

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
01 DÍA	04 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE				INDEPENDIENTE			
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)							
PALACIO OCHOA JUAN CAMILO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	41 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC	8161115
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (A) PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRÍA				✓	VISIOMETRIA OCUPACIONAL POR OPTOMETRA		
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL				✓	PRUEBAS PSICOSENSOMETRICA		
GLUCOSA				✓	EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
PX MULTIDROGAS 2 SUSTANCIAS				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				OTROS : REALIZAR PAUSAS LABORALES ACTIVAS PARA MANOS		DIETA BALANCEADA	
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: TORRES PARDO CESAR AUGUSTO				Nombre: PALACIO OCHOA JUAN CAMILO			
R. M.: 24792001		L.S.O.: 75122021		Código de Seguridad		CC: 8161115	
Y1354E1K5095							