



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 43.702

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
NATIONAL TOURS S.A.S			NATIONAL TOURS S.A.S.			
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)						
GOMEZ ECHEVERRI JAIRO IVAN			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	45 AÑOS	CC	98668394
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		
NO APLICA			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	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO : AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN 6 MESES			HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : ASISTIR A NUTRICIÓN PARA MANEJO Y OPTOMETRÍA PARA CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
					HACER DEPORTE	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<ul style="list-style-type: none"> -GLICEMIA NORMAL -PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA - EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO POR ENCIMA DE 85 DB POR MAS DE 8 HORAS, EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDIFONOS, EVITAR EXPOSICIÓN A MUSICA DE ALTO VOLUMEN. MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. -ASISTIR A NUTRICIÓN PARA MANEJO -ASISTIR OPTOMETRÍA PARA CORRECCIÓN VISUAL 						
<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

Firma:

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R. M.: CMC217-18888

L.S.O.: 2022060356577



Código de Seguridad

E117K1Q43702**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GOMEZ ECHEVERRI JAIRO IVAN

CC: 98668394



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** GOMEZ ECHEVERRI JAIRO IVAN**Fecha:** 26/02/2025**Identificación:** CC: 98668394**Fecha Nacimiento:** 07/07/1979**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 45 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CALDAS ANTIOQUIA**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: ASISTIR A NUTRICION PARA MANEJO Y OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO: AUDIOMETRIA DE CONTROL EN 6 MESES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma:

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O. 2022060356577

PACIENTE

Firma:

Nombre: GOMEZ ECHEVERRI JAIRO IVAN

CC: 98668394