



CONCEPTO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y hora de atención: 11/03/2025 - 08:47 am

Lugar: Manizales

Paciente: DANIEL ARTURO ECHAVARRIA SANTA

Identificación: CC 1060595801

Género: HOMBRE

Fecha de nacimiento: 14/09/1996

Edad: 28

Escolaridad: TÉCNICO

Estado civil: SOLTERO

Dirección: CLL 37 # 3 10 - 41

Empresa: TRANSRUMBO

Tipo de examen: INGRESO

Cargo: CONDUCTOR

EPS: NUEVA EPS S.A.

ARL: NO REGISTRA

Teléfono: NO REGISTRA

Móvil: 3146069868



EXÁMENES REALIZADOS

PROCEDIMIENTO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA
 AUDIOMETRIA SOD
 MEDICION DE AGUDEZA VISUAL
 ESPIROMETRIA SOD
 GLUCOSA EN SUERO
 PERFIL LIPIDICO COMPLETO
 DROGAS DE ABUSO
 PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

ESTADO

Realizado
 Realizado
 Realizado
 Realizado
 Realizado
 Realizado
 Realizado

ÉNFASIS

OSTEOMUSCULAR
 CARDIOVASCULAR

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR

OBSERVACIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- CONSULTA DE OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES GENERALES

- SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO, INCREMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ASÍ COMO PREFERIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON MENOS CONTENIDO DE SAL, AZÚCAR Y GRASAS

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

NO APLICA

OBSERVACIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

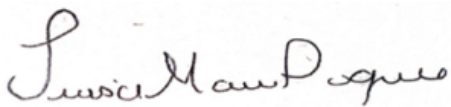
- LAS DEMÁS RECOMENDADAS DADAS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN SST DE LA EMPRESA.
- ESTIRAMIENTO MUSCULAR DESPUES DE LA JORNADA LABORAL
- ENTRENAMIENTO PARA MANEJO DE PESO
- USO EPP LOS QUE REQUIERA DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD.

OBSERVACIONES: NO APLICA

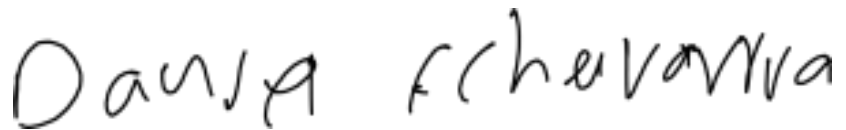
RESTRICCIONES

NO APLICA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgo del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la respectiva asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Centro Médico Belén para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional. Las respuestas dada por mi en este(os) son verídicos y son completos. Autorizo a la Centro Médico Belén para que suministre a mi empresa y/o a las entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación.



LUISA MARIA DUQUE CRUZ
Licencia médica: 1841



DANIEL ARTURO ECHAVARRIA SANTA
CC: 1060595801