



## CONCEPTO MÉDICO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y hora de atención:** 27/01/2025 - 03:47 pm

**Lugar:** Manizales

**Paciente:** WILLIAM DE JESUS ALVAREZ TORO

**Identificación:** CC 15928931

**Género:** HOMBRE

**Fecha de nacimiento:** 28/08/1970

**Edad:** 54

**Escolaridad:** BÁSICA SECUNDARIA COMPLETA

**Estado civil:** VIUDO

**Dirección:** CRA 9 # 22 A 16

**Empresa:** TRANSRUMBO

**Tipo de examen:** INGRESO

**Cargo:** CONDUCTOR

**EPS:** NUEVA EPS S.A.

**ARL:** NO REGISTRA

**Teléfono:** NO REGISTRA

**Móvil:** 3104005776



### 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  
Realizado

#### ÉNFASIS

OSTEOMUSCULAR  
CARDIOVASCULAR

### CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: Sí

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

### RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- CONTINUA CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EPS
- CONTROL OPTOMETRIA EN EPS
- CONTROL OFTALMOLOGIA POR PTERIGION

### RECOMENDACIONES GENERALES

- PAUTAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
- PRACTICAR ACTIVIDADES FÍSICAS CON REGULARIDAD
- 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

- CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

#### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

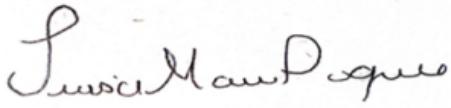
- HIGIENE POSTURAL.
- ESTIRAMIENTO MUSCULAR DESPUES DE LA JORNADA LABORAL
- SE RECOMIENDA REALIZAR LA PAUSA ACTIVA ANTES DE INICIAR LA LABOR Y LUEGO CADA 2 HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. LAS PAUSAS ACTIVAS DEBEN CONTENER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ENFOCADOS A CUELLO, TRONCO, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.
- 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 realizará 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

WILLIAM DE JESUS ALVAREZ TORO  
CC: 15928931