

<b>Ciudad:</b> MANIZALES	<b>Fecha:</b> 08-03-2024	
<b>Empresa:</b> TRANSRUMBO GROUP SAS	<b>Cargo:</b> CONDUCTOR	
<b>Nombre completo:</b> FREDY DE JESÚS VALENCIA CARMONA	<b>Fecha de nacimiento:</b> 23-11-1972	
<b>Tipo de Documento:</b> CEDULA DE CIUDADANIA	<b>Número de identificación:</b> 15929576	
<b>Dirección:</b> KRA 8 # 6 - 20	<b>Edad:</b> 51	
<b>EPS:</b> NUEVA EPS	<b>Teléfono:</b> - 3235467892	
<b>ARL:</b>	<b>Sexo:</b> HOMBRE	
<b>Tipo de Examen:</b> INGRESO		

### EXÁMENES REALIZADOS

#### EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

**ÉNFASIS:** OSTEOMUSCULAR

**AUDIOMETRÍA:** AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

**LABORATORIO:** PERFIL LIPÍDICO ALTERADO, GLICEMIA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES SPA: NEGATIVO

**ESPIROMETRÍA:** SIN ALTERACIONES VENTILATORIAS

**VISIOMETRÍA:** OPTOMETRÍA: VISIÓN BILATERAL NORMAL.

**OTROS:** PSICOSENSOMETRICO: APTO

### CONCEPTO MÉDICO

**APTO PARA LABORAR:** SI      CON RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, BAJAR DE PESO, ESTIRAMIENTO DIARIO, REMISIÓN A EPS, SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE, MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LA COVID19: LAVAR LAS MANOS, MANTENER UNA DISTANCIA DE SEGURIDAD CON PERSONAS, LIMPIAR Y DESINFECTAR LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TIENES CONTACTO Y PROCURAR EL USO DE TAPABOCAS EN REUNIONES O AGLOMERACIONES.

SE RECOMIENDA REALIZACIÓN DE ANTÍGENO PROSTÁTICO

PACIENTE CON TRANSTORNO DEL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS, SE REMITE A CON SU RED PRIMARIA DE ATENCIÓN EPS PARA VALORACIÓN Y MANEJO,

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (P.V.E.)

CARDIOVASCULAR, CUÁL: PACIENTE CON TRANSTORNO DEL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS,

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

ACATAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO PARA EVITAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES, BUSCAR ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ORDEN Y ASEO EN SU PUESTO DE TRABAJO, AVISAR CUALQUIER INCIDENTE O EVENTO PARA LA SALUD QUE LE SUCEDA INMEDIATAMENTE POR PEQUEÑO QUE PAREZCA, CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS EN EL DESARROLLO DE SU LABOR, SI REALIZA TAREAS DE ALTO RIESGO VERIFICAR SIEMPRE EL ESTADO DE SUS HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANTES DE INICIAR Y DAR AVISO DE LAS CONDICIONES PELIGROSAS.

### RESTRICCIONES

CONCEPTO MÉDICO:

PACIENTE CON TRANSTORNO DEL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS,

SE REMITE A CON SU RED PRIMARIA DE ATENCIÓN EPS PARA VALORACIÓN Y MANEJO

CONTROL EN 3 MESES

VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR SIN LIMITACIÓN O SECUELAS FÍSICAS QUE IMPIDAN REALIZAR LA LABOR

RESTO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS DENTRO DE LA NORMALIDAD.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paraclinico(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 paraclinico(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(las) 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.




### FIRMA MÉDICO

NOMBRE MÉDICO: LAURA JIMENA GARCIA BALLESTEROS  
REGISTRO MÉDICO: 75528

### FIRMA PACIENTE

CEDULA DE CIUDADANÍA: 15929576