


Ciudad: MANIZALES	Fecha: 06-08-2024	
Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS	Cargo: CONDUCTOR	
Nombre completo: ANDRES FELIPE GIRALDO RUIZ	Fecha de nacimiento: 16-02-1985	
Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía	Número de identificación: 15933026	
Dirección: CRA 10 # 31 53	Edad: 39	
EPS: NUEVA EPS	Teléfono: - 3226681132	
ARL:	Sexo: HOMBRE	
Tipo de Examen: INGRESO		

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR

AUDIOMETRÍA: AUDICION NORMAL BILATERAL

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

ESPIROMETRÍA: SIN ALTERACIONES VENTILATORIAS

VISIOMETRÍA: OPTOMETRIA: VISION BILATERAL NORMAL.

OTROS: PSICOSENSOMETRICO: APTO

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, OPTOMETRÍA ANUAL, ESTIRAMIENTO DIARIO, 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.

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

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

SIN RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES.

CONCEPTO MÉDICO:

COLABORADOR SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE.

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

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 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.



FIRMA MÉDICO

NOMBRE MÉDICO: LUISA MARIA DUQUE CRUZ
REGISTRO MÉDICO: LIC 1841



FIRMA PACIENTE

Cédula de Ciudadanía: 15933026