


Ciudad: MANIZALES	Fecha: 09-08-2023	
Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS	Cargo: CONDUCTOR	
Nombre completo: YEISON ANDRES AYALA FORERO	Fecha de nacimiento: 17-04-1985	
Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía	Número de identificación: 15933075	
Dirección: CRA 9 # 22 39	Edad: 38	
EPS: NUEVA EPS	Teléfono: - 3160403107	
ARL:	Sexo: HOMBRE	
Tipo de Examen: INGRESO		

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR
AUDIOMETRÍA: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL (CONCEPTO REPORTADO POR FONOAUDIOLOGÍA)
LABORATORIO: PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, SPA: NEGATIVO

ESPIROMETRÍA: SIN ALTERACIONES VENTILATORIAS
VISIONOMETRÍA: OPTOMETRÍA: VISIÓN BILATERAL NORMAL
OTROS: SE APLICA: 1 DOSIS DE VACUNA DE TOXOIDE TETÁNICO Y 1 DOSIS FIEBRE AMARILLA. PSICOSENSOMETRICA: APTO

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, ESTIRAMIENTO DIARIO, SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE, LAVAR LAS MANOS CON FRECUENCIA, ASITIR A LA EPS A CONTROLES DE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.
LAS DEMÁS RECOMENDADAS DADAS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN SST DE LA EMPRESA.

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USAR EPI (ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL), EN ESPECIAL: 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:

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

VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR SIN LIMITACIÓN FÍSICA 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: VIVIANA ZULUAGA CARDONA
REGISTRO MÉDICO: 17021

FIRMA PACIENTE

Cédula de Ciudadanía: 15933075