



## CONCEPTO MÉDICO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y hora de atención:** 28/02/2025 - 09:47 am

**Lugar:** Manizales

**Paciente:** CARLOS AUGUSTO GIALDO CEBALLOS

**Identificación:** CC 15933279

**Género:** HOMBRE

**Fecha de nacimiento:** 10/11/1985

**Edad:** 39

**Escolaridad:** TÉCNICO

**Estado civil:** CASADO

**Dirección:** CL 25 # 7-45

**Empresa:** TRANSRUMBO

**Tipo de examen:** INGRESO

**Cargo:** CONDUCTOR

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

**ARL:** NO REGISTRA

**Teléfono:** NO REGISTRA

**Móvil:** 3148523417



### EXÁMENES REALIZADOS

#### PROCEDIMIENTO

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

#### ESTADO

Realizado  
Realizado  
Realizado  
Realizado  
Realizado  
Realizado  
Realizado  
Realizado

#### ÉNFASIS

OSTEOMUSCULAR  
CARDIOVASCULAR

### CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR  
EVALUACION OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIA  
EXAMEN CARDIOVASCULAR SATISFACTORIO

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

### RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

NO APLICA

### RECOMENDACIONES GENERALES

- 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
- PAUTAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

NO APLICA

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

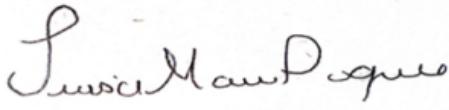
- HIGIENE POSTURAL.
- SE RECOMIENDA REALIZAR LA PAUSA ACTIVA ANTES DE INICIAR LA LABOR Y LUEGO CADA 2 HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. LAS PAUSAS ACTIVAS DEBEN CONTENER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ENFOCADOS A CUELLO, TRONCO, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.
- USO EPP LOS QUE REQUIERA DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD.
- ESTIRAMIENTO MUSCULAR DESPUES DE LA JORNADA LABORAL
- REPORTAR LOS ACCIDENTES E INCIDENTES OCURRIDOS EN LA JORNADA LABORAL

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

### RESTRICCIONES

- SIN RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES

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 MARÍA DUQUE CRUZ  
Licencia médica: 1841



CARLOS AUGUSTO GIALDO CEBALLOS  
CC: 15933279