



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

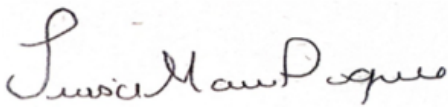
- HIGIENE POSTURAL.
- SE RECOMIENDA REALIZAR LA PAUSA ACTIVA ANTES DE INICIAR LA LABOR Y LUEGO CADA 2 HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. LAS PAUSAS ACTIVAS DEBEN CONTENER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ENFOCADOS A CUELLO, TRONCO, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES.
- USO EPP LOS QUE REQUIERA DE ACUERDO 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 MARIA DUQUE CRUZ
Licencia médica: 1841



CARLOS AUGUSTO GIALDO CEBALLOS
CC: 15933279