



## CONCEPTO MÉDICO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y hora de atención:** 27/01/2025 - 09:58 am

**Lugar:** Manizales

**Paciente:** ALDEMAR JOVEN NICO

**Identificación:** CC 7706207

**Género:** HOMBRE

**Fecha de nacimiento:** 27/11/1977

**Edad:** 47

**Escolaridad:** BÁSICA SECUNDARIA

INCOMPLETA

**Estado civil:** UNION LIBRE

**Dirección:** SUPIA CALDAS

**Empresa:** TRANSRUMBO

**Tipo de examen:** INGRESO

**Cargo:** CONDUCTOR

**EPS:** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  
SANITAS S.A.S.

**ARL:** NO REGISTRA

**Teléfono:** NO REGISTRA

**Móvil:** 3134862831



### EXÁMENES REALIZADOS

#### PROCEDIMIENTO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA

AUDIOMETRIA SOD

MEDICION DE AGUDEZA VISUAL

ESPIROMETRIA SOD

DROGAS DE ABUSO

GLUCOSA EN SUERO

PERFIL LIPIDICO COMPLETO

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

#### ESTADO

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

Realizado

#### ÉNFASIS

OSTEOMUSCULAR

CARDIOVASCULAR

### CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: Sí

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

### RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- CONSULTAR EN EPS POR BRADICARDIA

- CONTROL OPTOMETRIA EN EPS

### RECOMENDACIONES GENERALES

- PAUTAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
- 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

#### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

NO APLICA

OBSERVACIONES: NO APLICA

#### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- HIGIENE POSTURAL.
- ESTIRAMIENTO MUSCULAR DESPUES DE LA JORNADA LABORAL
- 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.

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 realizará 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

ALDEMAR JOVEN NICO  
CC: 7706207