



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.849

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
RUTAS VERDE Y BLANCO SAS				RUTAS VERDE Y BLANCO SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RIVERA LONDOÑO WILDER AUGUSTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	21 AÑOS	CC	1000210256
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APLICA				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO		
VISIOMETRÍA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.		SVE VISUAL			DEJAR DE FUMAR		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

Z117F1L39849

Firma:

Wilder Rivera

Nombre: RIVERA LONDOÑO WILDER AUGUSTO

CC: 1000210256

RECOMENDACIONES

Paciente: RIVERA LONDOÑO WILDER AUGUSTO

Fecha: 30/10/2024

Identificación: CC: 1000210256

Fecha Nacimiento: 28/10/2003

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 21 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: NO SABE

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y estilos de vida saludables

DEJAR DE FUMAR, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

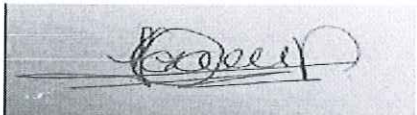
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO,
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO



Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE

Wilder Rivera

Firma:

Nombre: RIVERA LONDOÑO WILDER AUGUSTO

CC: 1000210256