



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 44.313

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
18 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)								
HERNANDEZ CARDONA DIEGO LEON				Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				MASCULINO	50 AÑOS	CC	10025055	
						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		<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA					<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO					<input checked="" type="checkbox"/>
VISIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	-----					<input checked="" type="checkbox"/>
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES			
					CONTROL DE PESO			
					DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
<ul style="list-style-type: none"> - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO - SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR - EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. SE SUGIERE AUDIOMETRIA CONTROL EN 6 MESES 								
<p>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.</p>								

Médico*Raúl Zapata*

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

G117M1S44313

Aspirante o Trabajador*Diego León Hernández*

Firma:

Nombre: HERNANDEZ CARDONA DIEGO LEON

cc: 10025055



NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** HERNANDEZ CARDONA DIEGO LEON**Fecha:** 18/03/2025**Identificación:** CC: 10025055**Fecha Nacimiento:** 10/04/1974**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 50 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CLL 35 AA 46 A 03 COMFAMA**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO*Raúl Zapata*

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

PACIENTE*Diego León Hernández*

Firma:

Nombre: HERNANDEZ CARDONA DIEGO LEON

CC: 10025055