



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 41.705

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
17 DÍA	12 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
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)					
MESA ZAPATA DAVID			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	20 AÑOS	CC 1018226594
Carga				Tipo	Número
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
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	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA EN LA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARÁMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.					
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO					
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:			Firma:		
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO			Nombre: MESA ZAPATA DAVID		
R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407			CC: 1018226594		
Código de Seguridad					
G117M1S41705					

## RECOMENDACIONES

Paciente: MESA ZAPATA DAVID

Fecha: 17/12/2024

Identificación: CC: 1018226594

Fecha Nacimiento: 07/11/2004

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 20 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 42 D # 104 16

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

*Raul Ospina*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

## PACIENTE

*David Mesa*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: MESA ZAPATA DAVID

CC: 1018226594