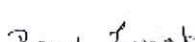




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 36.785

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
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)						
BAHOS ROJAS JOSE LUIS			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	27 AÑOS	CC	1065245268
Cargo CONDUCTOR					Tipo	Número
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 OSTEO muscular Y COLUMNA			PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
AUDIOMETRÍA			PSICOACTIVO			
VISIOMETRÍA			COLESTEROL			
GLICEMIA			TRIGLICERIDOS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<ul style="list-style-type: none"> - GLUCOMETRIA , COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS : NORMALES . PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA - 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 						
<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		Aspirante o Trabajador				
						
Firma:		Firma:				
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO		Nombre: BAHOS ROJAS JOSE LUIS				
R. M.: 5065404		cc: 1065245268				
L.S.O.: S201706010407!						
Código de Seguridad O117U1A36785						



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: BAHOS ROJAS JOSE LUIS

Fecha: 15/07/2024

Identificación: CC: 1065245268

Fecha Nacimiento: 06/05/1997

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 27 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CR 30 # 29 -46

Cludad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Juan Carlos

Firma:

Nombre: BAHOS ROJAS JOSE LUIS

CC: 1065245268