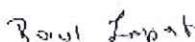
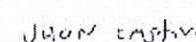




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 37.131

| | | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|---|--|-----------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 26 DÍA | 07 MES | 2024 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) | | | | | | | |
| CASTRO TORRES JHON WILMAR | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 28 AÑOS | CC | 1216722308 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | 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 COLUMNAS | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| VISIONEMTRÍA | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | ----- <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | SVE AUDITIVO | | | HABITOS SALUDABLES | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | CONTROL DE PESO | | |
| | | | | | DIETA BALANCEADA | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - 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 | | | | | | | |
| <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: CASTRO TORRES JHON WILMAR | | | |
| R. M.: 5065404 | | L.S.O.: S201706010407! | | Código de Seguridad | | cc: 1216722308 | |
| Y117E1K37131 | | | | | | | |



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: CASTRO TORRES JHON WILMAR

Fecha: 26/07/2024

Identificación: CC: 1216722308

Fecha Nacimiento: 17/09/1995

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 28 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 56 EG # 18 A 07

Cludad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO

MÉDICO

Raoul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Jhon castro

Firma:

Nombre: CASTRO TORRES JHON WILMAR

CC: 1216722308