



Nº 42.291

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	01 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)							
CHALARCA LOPEZ JOAQUIN ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	63 AÑOS	CC	15378413
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
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		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>- 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.</p> <p>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- PRESENTA ALTERACIÓN EN LA AGUDEZA VISUAL NO CORREGIDA, POR LO CUAL, DEBE SOLICITAR CITA CON OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA SU EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL</p>							
<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***Raul Zapata*

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

**P117V1B42291****Aspirante o Trabajador***Joaquin Lopez*

Firma:

Nombre: CHALARCA LOPEZ JOAQUIN ANTONIO

CC: 15378413

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** CHALARCA LOPEZ JOAQUIN ANTONIO**Fecha:** 15/01/2025**Identificación:** CC: 15378413**Fecha Nacimiento:** 28/08/1961**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 63 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CLL 43 # 29 15**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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 Zapata*

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

**PACIENTE***Joaquin Lopez*

Firma:

Nombre: CHALARCA LOPEZ JOAQUIN ANTONIO

CC: 15378413