



Nº 37.046

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN 24 DÍA 07 MES 2024 AÑO MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) <small>Ciudad</small>				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
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) MUÑOZ BEDOYA SANTIAGO Genero Edad Documento de Identificación NO APLICA MASCULINO 39 AÑOS CC 15518915 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 NO APLICA			TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y COLUMNA AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA GLICEMIA			✓ ✓ ✓ ✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PSICOACTIVO COLESTEROL TRIGLICERIDOS		
RECOMENDACIONES MÉDICAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIONISTA		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES -GLUCOMETRIA NORMAL -TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO -COLESTEROL NORMAL -TRIGLICERIDOS CON ALTERACION, REQUIERE CAMBIOS ALIMENTARIOS Y EN ACTIVIDAD FISICA . SE INDICA SOLICITAR CITA MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA SEGUIMIENTO Y/O TRATAMIENTO EN CASO DE SER NECESARIO . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR						
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


Firma:

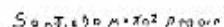
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/



Código de Seguridad

O117U1A37046**Aspirante o Trabajador**


Firma:

Nombre: MUÑOZ BEDOYA SANTIAGO

CC: 15518915



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** MUÑOZ BEDOYA SANTIAGO

Identificación: CC: 15518915

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRA 137 # 63 51 INT 101

Fecha: 24/07/2024**Fecha Nacimiento:** 14/05/1985**Edad:** 39 AÑOS**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

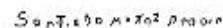
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO


Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O. 10144 DE 10/11/20

PACIENTE


Firma:

Nombre: MUÑOZ BEDOYA SANTIAGO

CC: 15518915