




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.990

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	04 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
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)							
TABORDA GUERRA CARLOS ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	46 AÑOS	CC	70953821
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES MEDICAS							
Observaciones: <i>USAR ORTESIS AUDITIVA DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.</i>							
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	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.			SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE AUDITIVO : PROXIMO CONTROL EN 6 MESES PARA AUDIOMETRIA DE SEGUIMIENTO . PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
VALORACIÓN POR EPS : POR MEDICINA GENERAL PARA TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL .			SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE	
ESPECIALISTA : VALORACION PERIODICA POR OTORRINOLARINGOLOGIA .						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA</p> <p>-TRABAJADOR CON CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL FUERA DE METAS , ASINTOMÁTICO , SE LE INDICA SOBRE LA IMPORTANCIA DE ACUDIR A SU EPS PARA TOMA SERIADA DE PRESIÓN ARTERIAL . IGUALMENTE SE LE INDICAN HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DE ALIMENTACIÓN .</p> <p>-EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA POR FUERA DE LOS RANGOS DE LA NORMALIDAD. 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>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

Firma:



Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660

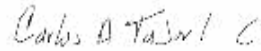


Código de Seguridad

0117U1A44990

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: TABORDA GUERRA CARLOS ANDRES

CC: 70953821

MASMEDICOS
Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: TABORDA GUERRA CARLOS ANDRES

Identificación: CC: 70953821

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRA 21 # 330

Fecha: 09/04/2025

Fecha Nacimiento: 02/09/1978

Edad: 46 AÑOS

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES


SVE VISUAL, SVE AUDITIVO: PROXIMO CONTROL EN 6 MESES PARA AUDIOMETRIA DE SEGUIMIENTO . , PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR MEDICINA GENERAL PARA TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL . , ESPECIALISTA: VALORACION PERIODICA POR OTORRINOLARINGOLOGIA .

MÉDICO

Firma:



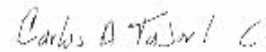
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10

L.S.O. 2017060104660

PACIENTE

Firma:



Nombre: TABORDA GUERRA CARLOS ANDRES

CC: 70953821