



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 37.338

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
02 DÍA	08 MES	2024 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)				
HERRERA ESPINOSA ALVEIRO DE JESUS			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	59 AÑOS
			Documento de Identificación	
			CC	71649719
			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 COLUMNA		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	
AUDIOMETRÍA		✓	PSICOACTIVO	
VISIOMETRÍA		✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO CUMPLIDO POR OFTALMOLOGIA Y EN SU PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR		SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR		SVE CARDIOVASCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>TRABAJADOR CON CONDICION OFTALMOLOGICA EN MANEJO POR OFTALMOLOGIA CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PENDIENTE , CONTINUAR SEGUIMIENTO ESTRICTO POR DICHA ESPECIALIDAD , NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR.</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL AREA DEPERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO . SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO.</p> <p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICION MEDICA DE ORIGEN CARDIOVASCULAR , SE REFUERZA LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .</p> <p>-CITA EN TRES MESES EN ESTA IPS CON HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA .</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.

Médico

Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

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



Código de Seguridad

T117Z1F37338

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: HERRERA ESPINOSA ALVEIRO DE JESUS

CC: 71649719



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 531 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: HERRERA ESPINOSA ALVEIRO DE JESUS

Fecha: 02/08/2024

Identificación: CC: 71649719

Fecha Nacimiento: 09/09/1964

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 59 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CLL 70 A # 43-112

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables

RECOMENDACIONES Médicas

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO CUMPLIDO POR OFTALMOLOGIA Y EN SU PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR

RECOMENDACIONES Ocupacionales

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE CARDIOVASCULAR, SVE VISUAL

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14

L.S.O 10144 DE 10/11/20

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: HERRERA ESPINOSA ALVEIRO DE JESUS

CC: 71649719