



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 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 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)								
HERRERA ESPINOSA ALVEIRO DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	59 AÑOS	CC	71649719	
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				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO			✓
VISIOMETRÍA				✓	-----			-----
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR SEGUIMIENTO MÉDICO CUMPLIDO POR OFTALMOLOGÍA Y EN SU PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES			
USAR CORRECIÓN 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								
TRABAJADOR CON CONDICIÓN OFTALMOLOGICA EN MANEJO POR OFTALMOLOGIA CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PENDIENTE , CONTINUAR SEGUIMIENTO ESTRICTO POR DICHA ESPECIALIDAD . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR.								
-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.								
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO.								
-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN MEDICA DE ORIGEN CARDIOVASCULAR , SE REFUERZA LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .								
-CITA EN TRES MESES EN ESTA IPS CON HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA .								

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



Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 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 OFTALMOLOGÍA 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