



Nº 35.999

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN				
14 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	MÉDICO OCUPACIONAL 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)								
DIAZ SANTA DANIEL OMAR				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	67 AÑOS	CC	8702373	
Apellidos y Nombres						Tipo	Número	
<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			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO : AUDIOMETRIA CONTROL SEIS MESES			HÁBITOS SALUDABLES			
ESPECIALISTA : POR OTORRINOLARINGOLOGIA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
					DIETA BALANCEADA			
<b>TRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 80 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. REQUIERE CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGIA .</li> <li>-CITA CONTROL EN ESTA IPS EN SEIS MESES CON HISTORIA CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA..</li> <li>-ALTERACION VISUAL QUE REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU ENTIDAD DE SALUD . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR.</li> </ul>								
<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:

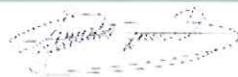
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

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



Código de Seguridad

**F117L1R35999****Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: DIAZ SANTA DANIEL OMAR

cc: 8702373



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

Paciente: DIAZ SANTA DANIEL OMAR

Fecha: 14/06/2024

Identificación: CC: 8702373

Fecha Nacimiento: 27/12/1956

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 67 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CALLE 89 72 -05

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, ESPECIALISTA: POR OTORRINOLARINGOLOGIA

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

SVE AUDITIVO: AUDIOMETRIA CONTROL SEIS MESES , 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: DIAZ SANTA DANIEL OMAR

CC: 8702373