



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.821

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
25 DÍA	11 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
Ciudad			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
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)				
PABON TAMAYO JOSE ALONSO			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	56 AÑOS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	98574190
Carga				
CONDUCTOR				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)				
Observaciones: NO APLICA				
NO SE EVALUARÁN 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		SVE VISUAL		HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO		DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA EN LA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARÁMETROS DE LA PRUEBA. 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>- REALIZAR CONTROLES DE CIFRAS TENSIONALES EN SU EPS, AL IGUAL QUE LA TOMA JUICIOSA DE LOS MEDICAMENTOS EN DOSIS Y HORARIOS ESTABLECIDOS. ESTA CONDICIÓN NO LIMITA SU DESEMPEÑO LABORAL.</p> <p>- TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICION MEDICA DE ORIGEN METABOLICO. SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS</p> <p>- EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 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</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*Raul Ospina*

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104071



Código de Seguridad

Y117E1K40821

Aspirante o Trabajador*Jose Alonso Pabon*

Firma: _____

Nombre: PABON TAMAYO JOSE ALONSO

CC: 98574190

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: PABON TAMAYO JOSE ALONSO

Fecha: 25/11/2024

Identificación: CC: 98574190

Fecha Nacimiento: 04/03/1968

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 56 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 26 # 80-11

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, SVE AUDITIVO, SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO*Raul Ospina*

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

PACIENTE*Jose Alonso Pabon*

Firma: _____

Nombre: PABON TAMAYO JOSE ALONSO

CC: 98574190