



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 529

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
15 DIA	02 MES	2021 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
ALIANZA LOGISTICA S.A.S			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
RESTREPO CEBALLOS JOHAN FERNEY			Genero	Edad
Apellido y Nombre			FEMENINO	27 AÑOS 11 MESES 17 DIAS
			Documento de identificación	1033340070
			Tipo	Numero
Carga CONDUCTOR				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL		✓	METABOLITOS C O C	
AUDIOMETRÍA		✓	METABOLITOS T H C	
VISIOMETRÍA		✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPI		DEJAR DE FUMAR
		CAPACITACIÓN		HABITOS SALUDABLES
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
PACIENTE SIN ENFERMEDADES DE BASE QUE LE HAGAN MAS VULNERABLE AL VIRUS COVID-19, SIN EMBARGO, DEBE SEGUIR TOCAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADAS POR LA EMPRESA BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE TRABAJO				
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.				
Médico		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: SOSA ALVAREZ ALEX		Nombre: RESTREPO CEBALLOS JOHAN FERNEY		
R. M.: 05-0142-09		CC: 1033340070		
L.S.O.: 2018060237085		Código de Seguridad Y835E1K529		