

Informe de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 27179 | RUNT No: 38756880 | Fecha de Expedición: 20/05/2024 | Fecha de Vencimiento: 16/11/2024 | Trámite: Refrendación | Categoría: C2

CONFIA SALUD

Dirección: Calle 8 11 62 PISO 1 - GARZÓN

NIT: 9005161134 | Teléfono: 8334167

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 412980149501

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0003472 del 13 Nov de 2014.



Izquierda Derecha



20/05/2024 10:17:26 A. M.

Información del candidato

Nombre: YESID QUIZA ROJAS
 Sexo: M
 Gs/Rt: O+
 Edad: 49 años
 Fecha de nacimiento: 20/05/1975

Documento: CC 12196153
 Lugar de residencia: GARZÓN
 Dirección: CARRERA 1B N° 5-03
 Teléfono: 3148172
 Ocupación: Conductor/Transporte

Estado Civil: Casado(a)
 Aseguradora: Nueva Promotora De Salud - Nueva EPS
 Tipo Vinculación: Cotizante

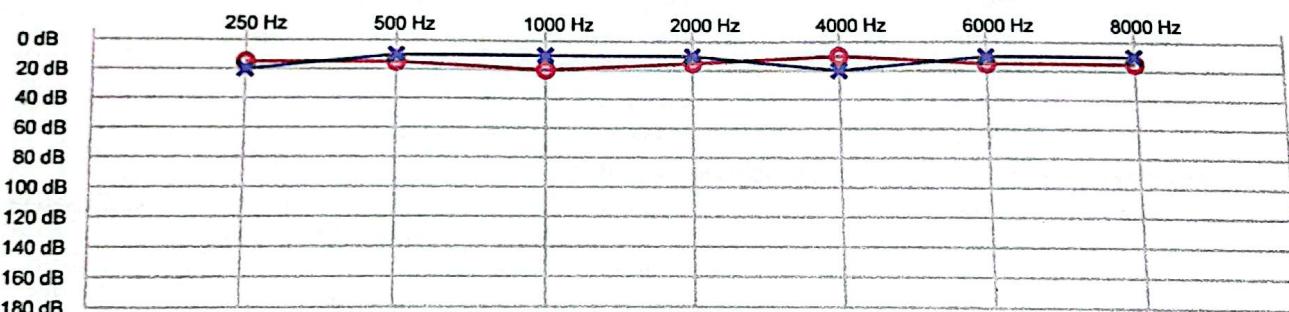
Información del responsable

Nombre: TANIA RAMOS

Teléfono/Celular: 3028366838

Parentesco: ESPOSA

Evaluación de Capacidad Auditiva



| Dispositivo: | Nivel de audición (dB) | | | | | | | Resultado final | |
|-------------------------|------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------|-------|
| | 250hz | 500hz | 1000hz | 2000hz | 4000hz | 6000hz | 8000hz | PTA | HFA |
| Oído derecho (O rojo) | 15 | 15 | 20 | 15 | 10 | 15 | 15 | 16,67 | 13,33 |
| Oído izquierdo (X azul) | 20 | 10 | 10 | 10 | 20 | 10 | 10 | 10,00 | 13,33 |

| Criterios de aprobación | Escucha normal | Hipoacusia leve | Hipoacusia moderada | Hipoacusia severa | Hipoacusia grave | No se admite |
|-------------------------|----------------|-----------------|---------------------|-------------------|------------------|--------------|
| Nivel de audición | >=0dB a <=25dB | >=26dB a <=40dB | >=41dB a <=55dB | >=56dB a <=70dB | >=71dB a <=80dB | >80dB |

Otoscopia izquierda Otoscopia derecha Uso de audífonos

Normal Normal NO

Anamnesis

| Item | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|---------------------|--|-----------|-------------|
| 1. Agudeza auditiva | ¿Presentó la evaluación con audífono? | NO | |
| | ¿Orientación auditiva del aspirante es del lado derecho? | NO | |
| | ¿Ha presentado parálisis facial? | NO | |
| | ¿En su lugar de trabajo está expuesto al ruido? | NO | |
| | ¿Se ha realizado audiometrías anteriormente? | NO | |

| Numerar | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|---------|---|-----------|-------------|
| | ¿Ha presentado otitis, cefalea, vértigo, acúfenos o supuración? | NO | |
| | ¿Tiene padres o hermanos sordos? | NO | |
| | ¿Ha estado expuesto a explosiones? | NO | |
| | ¿Ha tenido trauma directo al oído? | NO | |
| | ¿Le han realizado cirugía de oído? | NO | |
| | ¿De acuerdo con la orientación auditiva, cumple con los criterios definidos en la resolución? | SI | |

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final está basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Fonoaudiólogo: ALEXANDRA LEON SILVA **Nº de tarjeta profesional:** 1101934

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

Firma

Huella

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: KEYSTONE VIEW 1160

No presentó evaluación con Corrección Óptica

| Numerar | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|----------|
| 1.1 Agudeza Visual | Lejana Ojo Derecho | $\geq 20/30.0$ | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Lejana Ojo Izquierdo | $\geq 20/30.0$ | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Lejana Ambos Ojos | $\geq 20/30.0$ | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ojo Derecho | $\geq 20/40.0$ | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ojo Izquierdo | $\geq 20/40.0$ | 20/30.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ambos Ojos | $\geq 20/40.0$ | 20/30.0 | CUMPLE |
| | Cirugías refractivas | No se admite Cirugía Refractiva | No presenta cirugía refractiva | CUMPLE |
| 1.2 Campo Visual | Campímetro IZ Plano Horizontal | $\geq 70^\circ$ | 85 | CUMPLE |
| | Campímetro DE Plano Horizontal | $\geq 70^\circ$ | 85 | CUMPLE |
| | Perímetro IZ Plano Vertical | $\geq 70^\circ$ | 70 | CUMPLE |
| | Perímetro DE Plano Vertical | $\geq 70^\circ$ | 70 | CUMPLE |
| | Escotomas | No se admite presencia de escotomas | No existe presencia de escotomas | CUMPLE |
| 1.3 Afaquias y Pseudofafaquias | Monolateralidades y Bilateralidades | No se admiten monolateralidades ni bilateralidades | No presenta monolateralidades ni bilateralidades | CUMPLE |
| 1.4 Sentido Luminoso | Visión Mesópica | No se admiten alteraciones en la visión mesópica | No presenta alteraciones en la visión mesópica | CUMPLE |
| | Visión Nocturna Binocular | $\geq 20/30.0$ | Reconoce figuras a 35 candelas | CUMPLE |
| | Sensibilidad al Contraste | $\leq 50\% - \text{Normal}$ | Reconoce figuras a 35 candelas | CUMPLE |
| | Encandilamiento o Estrés Luminoso | Recuperación $\leq 5\text{ s}$ | 4 | CUMPLE |
| | Recuperación al Encandilamiento | $\leq 3\text{ Líneas AV}$ | 2 | CUMPLE |
| 1.5 Motilidad Palpebral | Ptosis y Lagoftalmias | No se admiten Ptosis ni lagoftalmias | No presenta Ptosis ni lagoftalmias | CUMPLE |
| 1.6 Motilidad del Globo Ocular | Phoria Horizontal Lejana | $\geq 1.5 \text{ y } \leq 6.5$ | 5.0 | CUMPLE |
| | Phoria Vertical Lejana | $\geq 3.5 \text{ y } \leq 5.5$ | 5.0 | CUMPLE |
| | Phoria Horizontal Cercana | $\geq 1.5 \text{ y } \leq 6.5$ | 5.5 | CUMPLE |

| Numeros | Preguntas | Indicio de aprobación | Resulado | Concepto |
|---|--------------------------|--|--------------------------------------|----------|
| | Prueba visual Clínica | ≤ 3.0 + ≤ 0.0 | 6.0 | CUMPLE |
| | Diplopia | No debe presentar diplopia | No presenta diplopia | CUMPLE |
| | Nistagmus | No debe presentar Nistagmus | No presenta Nistagmus | CUMPLE |
| | Estrabismos | No deben existir Estrabismos | No existe Estrabismos | CUMPLE |
| | Visual de profundidad | < 40 Seg de Arco 80 % | 32 Seg. de arco 85% | CUMPLE |
| | Lágrima | | | |
| | Visual de profundidad | < 40 Seg de Arco 80 % | 32 Seg. de arco 85% | CUMPLE |
| | Cercana | | | |
| | Otros Defectos | No deben existir otros defectos | No existen otros defectos | CUMPLE |
| 1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual | Enfermedades Progresivas | No debe presentar enfermedades progresivas | No presenta enfermedades progresivas | CUMPLE |
| | Disminución de Colores | ≤ 4 | 5 | CUMPLE |
| | Binocular | | | |

Anamnesis

| Numeros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|---|---|-----------|-------------|
| 1.1 Agudeza Visual | ¿Presenta la evaluación con Corrección Óptica? | NO | |
| | ¿El paciente presenta ausencia de un ojo? | NO | |
| | ¿Le han realizado cirugías refractivas diferente a afequias? | NO | |
| 1.2 Campo Visual | ¿El aspirante presenta Ectotomas? | NO | |
| 1.3 Afequias y Pseudoafequias | ¿El aspirante presenta Afequias o Pseudoafequias que afecten su visión? | NO | |
| 1.4 Sentido Lumínoso | ¿El aspirante presenta alteraciones de la visión mesópica? | NO | |
| 1.5 Motilidad Palpebral | ¿El aspirante presenta Lagotalmias o ptosis que afecten su visión? | NO | |
| 1.6 Motilidad del Globo Ocular | ¿Anatomía del Globo Ocular Anormal? | NO | |
| | ¿El aspirante presenta fatiga visual? | NO | |
| | ¿El aspirante presenta diplopia? | NO | |
| | ¿El aspirante presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual? | NO | |
| | ¿El aspirante presenta nistagmus que origine o pueda originar fatiga visual durante la conducción? | NO | |
| | ¿El aspirante presenta otros defectos de la visión binocular? | NO | |
| | ¿El aspirante presenta estrabismos? | NO | |
| 1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual | ¿El aspirante presenta enfermedades o trastornos progresivos que no le permiten alcanzar los niveles fijados? | NO | |
| | ¿El aspirante presenta policromacia Anormal? | NO | |

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Firma y Huella del Optómetra

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Optómetra:
KAREN ANDREA TIERRADENTRO LASSO

Nº de tarjeta profesional:
1018512367

Firma

Huella

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: UNDETER

| Numerar | Prueba del Equipo | Parámetro | Criterio de Aprobación | Resultado | Concepto |
|---|---|---------------------------------------|---|--|----------|
| 12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz | Atención Concentrada y Resistencia a la Monotonía | Tiempo Medio de Reacción de Respuesta | <= 74 cs | 53 | CUMPLE |
| 12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado | Reacciones Múltiples | Nº De Errores | <= 5 Errores | 0 | CUMPLE |
| | | Tiempo Medio de Reacción de Respuesta | <= 147 cs | 128 | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | <= 9 Errores | 3 | CUMPLE |
| 12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz | Coordinación Bimanual | Tiempo Medio de Reacción de Respuesta | <= 8190 cs | 5274 | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | <= 122 Errores | 38 | CUMPLE |
| 12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado | Reacción al Frenado | Tiempo Medio de Reacción al Frenado | < 43 cs | 37 | CUMPLE |
| 12.1 Estimación del Movimiento | Velocidad de Anticipación | Porcentaje de Desviación | <= 46 cs | 41 | CUMPLE |
| 12.4 Inteligencia Práctica | Inteligencia Práctica | Inteligencia Práctica | No se admite capacidad de organización espacial inadecuada para la conducción | Presenta capacidad de organización espacial adecuada para la conducción. | CUMPLE |

Test de personalidad y Sustancias

| Numerar | | Criterio de aprobación | Resultado | Percentil | Concepto |
|--|---|------------------------|-----------|-----------|----------|
| | | Percentil de rechazo | | | |
| 10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico | | p>75 | | 41 | CUMPLE |
| 10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica | | p>85 | | 65 | CUMPLE |
| 10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | | p>88 | | 73 | CUMPLE |
| 10.4 Trastornos del estado de ánimo | | p>75 | | 40 | CUMPLE |
| 10.5 Trastornos dissociativos | | p>75 | | 20 | CUMPLE |
| 10.6 Trastornos del Sueño | | p>=75 | | 20 | CUMPLE |
| 10.7 Trastornos del control de impulsos | | p>=75 | | 20 | CUMPLE |
| 10.8 Trastornos de personalidad | | p>79 | | 66 | CUMPLE |
| 10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador | | p>75 | | 25 | CUMPLE |
| 11.1 Abuso de alcohol | | p>75 | | 30 | CUMPLE |
| 11.2 Dependencia del alcohol | | p>75 | | 30 | CUMPLE |
| 11.3 Trastornos inducidos por el alcohol | | p>75 | | 30 | CUMPLE |
| 11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos | | p>75 | | 40 | CUMPLE |
| 11.5 Abuso de drogas y medicamentos | | p>75 | | 40 | CUMPLE |
| 11.6 Dependencia de drogas y medicamentos | | p>75 | | 40 | CUMPLE |
| 11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos | | p>75 | | 40 | CUMPLE |
| 10.9 Trastornos del desarrollo intelectual | No debe existir retraso mental con cociente intelectual inferior a 70. En los casos de retraso mental con cociente intelectual entre 50 y 70 se podrá obtener o prorrogar si el interesado acompaña un dictamen favorable de un psiquiatra o psicólogo. | | | 104 | CUMPLE |

10.11. Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores

| Parámetro | Observaciones |
|---|---------------|
| Está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental. | NO. |
| Aunque la persona tiene un trastorno mental, este no está relacionado con el problema | NO. |
| La persona tiene trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica | NO. |

Observaciones de Test De Psicología:

El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final está basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Firma y Huella del Psicólogo

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Firma

Huella

| | |
|--------------------------------|----------------------------|
| Psicólogo: | Nº de tarjeta profesional: |
| KAREN DAHYANNA MATIZ GUTIERREZ | 147607 |

Evaluación Médica

| Presión arterial (mmHg) | Frecuencia cardíaca (lat/min) | Estatura (cm) | Frecuencia respiratoria (resp/min) | Peso (kg) |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------|
| 120/80 | 72 | 165 | 16 | 75 |

| Numerar | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|-----------------------------|--|---|--|----------|
| 3. Sistema locomotor | 3.1 Motilidad | NO DEBE EXISTIR ALTERACIÓN | NO EXISTE ALTERACIÓN | CUMPLE |
| | 3.2 Afecciones o anomalías progresivas | NO DEBEN EXISTIR AFECCIONES O ANOMALÍAS | NO EXISTE AFECCIONES O ANOMALÍAS | CUMPLE |
| | 3.3 Talla | NO SE ADMITEN TALLAS QUE ORIGINEN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO | NO PRESENTA TALLAS QUE ORIGINAN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO | CUMPLE |
| 4. Sistema cardiovascular | 4.1 Insuficiencia cardíaca | NO DEBE EXISTIR NINGUNA ALTERACIÓN | NO EXISTE ALTERACIÓN CARDÍACA | CUMPLE |
| | 4.2 Trastornos del ritmo | NO DEBE EXISTIR ARRITMIA, ALTERACIONES DE RITMO | NO EXISTE ARRITMIA Y/O ALTERACIONES DEL RITMO | CUMPLE |
| | 4.3 Marcapasos y desfibrilador automático implantable | NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR | NO EXISTE USO DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR | CUMPLE |
| | 4.4 Prótesis valvulares cardíacas | NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS VALVULARES | NO EXISTE USO PRÓTESIS VALVULARES | CUMPLE |
| | 4.5 Cardiopatía isquémica | NO DEBE EXISTIR INFARTOS, CIRUGÍAS DE REVASCULARIZACIÓN, CARDIOPATÍAS | NO EXISTE ANTECEDENTE DE INFARTOS, CIRUGÍAS REVASCULARIZACIÓN, NI CARDIOPATÍAS | CUMPLE |
| | 4.6 Hipertensión arterial | NO DEBE EXISTIR VALORES DESCOMPENSADOS | NO EXISTEN VALORES DESCOMPENSADOS | CUMPLE |
| 5. Trastornos hematológicos | 4.7 Aneurismas de grandes vasos | NO DEBE EXISTIR ANEURISMAS | NO EXISTEN ANEURISMAS | CUMPLE |
| | 4.8 Artropatías periféricas | NO DEBEN EXISTIR ARTROPATÍAS | NO EXISTEN ARTROPATÍAS | CUMPLE |
| | 5.1 Procesos oncohematológicos | NO SE ADMITEN PROCESOS A TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS | NO PRESENTA PROCESOS QUIMIOTERÁPICOS | CUMPLE |
| 5.1.2 Policitemia vera | 5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico | NO SE ADMITE POLICITEMIA VERA | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE POLICITEMIA VERA | CUMPLE |
| | 5.1.3 Otros trastornos | NO SE ADMITEN OTROS TIPOS DE TRASTORNOS | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE OTROS TIPOS DE TRASTORNOS | CUMPLE |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--|---|--|---|----------|
| | 5.2 Trastornos no oncohematológicos | | | CUMPLE |
| | 5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias | NO SE ADMITEN ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS | CUMPLE |
| | 5.2.2 Trastornos de coagulación | NO SE ADMITEN TRASTORNOS DE COAGULACIÓN | NO PRESENTA TRASTORNOS DE COAGULACIÓN | CUMPLE |
| | 5.2.3 Tratamiento anticoagulante | NO SE ADMITEN TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES | NO PRESENTA TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES | CUMPLE |
| 6. Sistema renal | 6.1 Neuropatías | NO SE PERMITEN NEUROPATÍAS | NO PRESENTA NEUROPATÍAS | CUMPLE |
| | 6.2 Trasplante renal | NO SE ADMITE TRASPLANTE RENAL | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASPLANTE RENAL | CUMPLE |
| 7. Sistema respiratorio | 7.1 Disnea | NO DEBEN EXISTIR DISNEAS | NO EXISTEN ANTECEDENTES DE DISNEAS | CUMPLE |
| | 7.2 Trastornos del sueño | NO SE PERMITEN TRASTORNOS DEL SUEÑO | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DEL SUEÑO | CUMPLE |
| | 7.3 Otras afecciones | NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS PULMONARES | NO EXISTEN TRASTORNOS PULMONARES | CUMPLE |
| 8. Enfermedades metabólicas y endocrinas | 8.1 Diabetes mellitus | NO DEBE EXISTIR DIABETES MELLITUS | NO EXISTE ANTECEDENTES DIABETES MELLITUS | CUMPLE |
| | 8.2 Cuadros de hipoglucemia | NO DEBEN EXISTIR CUADROS DE HIPOGLUCEMIA | NO EXISTE CUADROS DE HIPOGLUCEMIA | CUMPLE |
| | 8.3 Enfermedades tiroideas | NO DEBE EXISTIR HIPOTIROIDISMOS | NO EXISTE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO | CUMPLE |
| | 8.4 Enfermedades paratiroides | NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES PARATIROIDES | NO EXISTE ENFERMEDADES PARATIROIDES | CUMPLE |
| | 8.5 Enfermedades adrenales | NO SE PERMITE LA ENFERMEDAD ADRENAL | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ADRENALES | CUMPLE |
| 9. Sistema nervioso y muscular | 9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico | NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO | NO EXISTE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO | CUMPLE |
| | 9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías | NO SE PERMITEN CRISIS EPILÉPTICAS | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CRISIS EPILÉPTICAS | CUMPLE |
| | 9.3 Alteraciones del equilibrio | NO DEBEN EXISTIR ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO | NO EXISTE ALTERACIÓN | CUMPLE |
| | 9.4 Trastornos musculares | NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS MUSCULARES | NO EXISTEN TRASTORNOS MUSCULARES | CUMPLE |
| | 9.5 Accidente isquémico transitorio | NO SE ADMITE LA PRESENCIA DE ATAQUES ISQUÉMICOS | NO PRESENTA ATAQUES ISQUÉMICOS | CUMPLE |
| | 9.6 Accidentes isquémicos recurrentes | NO DEBEN EXISTIR ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES | NO EXISTEN ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES | CUMPLE |
| 13. Otras causas que no se especificaron | 13.1 Otras causas no especificadas | NO DEBE PADECER ALGUNA OTRA ENFERMEDAD | NO PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD | CUMPLE |

Anamnesis

| Numeral | Parámetros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|---------------------------|--|---|-----------|-------------|
| 3. Sistema Locomotor | 3.1 Motilidad | ¿Existe alguna alteración congénita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad? | NO | |
| | 3.2 Afecciones o anomalías Progresivas | ¿El aspirante presenta afecciones o anomalías progresivas? | NO | |
| | 3.3 Talla | ¿Es su talla, inconveniente para la conducción? | NO | |
| 4. Sistema Cardiovascular | 4.1 Insuficiencia Cardíaca | ¿Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca o cardiopatía? | NO | |
| | 4.2 Trastornos del Ritmo | ¿Sufre de alteraciones del ritmo cardíaco? | NO | |

| Mánnual | Presentación | Preguntas | Respondido | Complementos |
|--|--|---|------------|--------------|
| | | ¿El aspirante presenta antecedentes de pérdida de conciencia, hipotensión arterial o síntesis sanguínea al transcurrir del mismo durante los 2 últimos años? | NO | |
| | 4.3 Marcopasos y desfibrilador automático implantable | ¿Tiene marcopasos o desfibrilador automático? | NO | |
| | 4.4 Prótesis valvulares cardíacas | ¿Tiene prótesis valvulares? | NO | |
| | 4.5 Cardiopatía isquémica | ¿Alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable? | NO | |
| | 4.6 Hipertensión arterial | ¿Ha sido sometido a cirugía de revascularización? | NO | |
| | 4.7 Aneurismas de grandes vasos | ¿Ha sido diagnosticado como hipertensión o en riesgo de presentar la enfermedad? | NO | |
| | 4.8 Arteriopatías periféricas | ¿Le han diagnosticado aneurismas? | NO | |
| 5. Trastornos Hematooncológicos | 5.1 Procesos Oncohematológicos | ¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas? | NO | |
| | 5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico | ¿Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia? | NO | |
| | 5.1.2 Policitemia Vera | ¿Sufre de policitemia vera, o presenta síntomas como hemorragias o hematomas, es decir, "moretones" en la piel, picor en la piel por cambios bruscos de temperatura, Entumecimiento u hormigueos en las manos o pies? | NO | |
| | 5.1.3 Otros trastornos | ¿Ha sufrido algún trastorno hematooncológico distinto a los indagados anteriormente? | NO | |
| | 5.2 Trastornos no Oncohematológicos | | NO | |
| | 5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias | ¿Sufre de enfermedades como anemias, trombocitopenia o leucopenia? | NO | |
| | 5.2.2 Trastornos de coagulación | ¿Tiene trastornos de la coagulación? | NO | |
| | 5.2.3 Tratamiento anticoagulante | ¿El aspirante ha producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma? | NO | |
| 6. Sistema Renal | 6.1 Neuropatías | ¿Se le ha diagnosticado nefropatía? | NO | |
| | | ¿Sufre de edema de miembros inferiores? | NO | |
| | 6.2 Trasplante renal | ¿Ha sido sometido o está en lista de espera para un trasplante renal? | NO | |
| | | ¿Sufre de insuficiencia renal? | NO | |
| 7. Sistema Respiratorio | 7.1 Disnea | ¿Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve? | NO | |
| | 7.2 Trastornos del Sueño | ¿Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño? | NO | |
| | | ¿Sufre de somnolencia diurna? | NO | |
| | 7.3 Otras afecciones | ¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxística? | NO | |
| 8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas | 8.1 Diabetes mellitus | ¿Le han diagnosticado diabetes mellitus? | NO | |
| | 8.2 Cuadros de Hipoglucemia | ¿Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglucemia? | NO | |
| | 8.3 Enfermedades tiroideas | ¿Sufre de hiper o hipo tiroidismo? | NO | |
| | 8.4 Enfermedades paratiroides | ¿Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides? | NO | |
| | 8.5 Enfermedades adrenales | ¿El aspirante ha sido diagnosticado con alguna alteración de glandulas suprarrenales? | NO | |

| Capítulo | Parámetros | Preguntas | Responde | Complemento |
|-------------------------------|---|--|----------|-------------|
| 3. Sistema Nervioso y Músculo | 3.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico | ¿Ha sufrido o sufre de enfermedades encefálicas, medulares o periféricas, de tipo infecioso, traumáticas o tumorales? | NO | |
| | 3.2 Epilepsias y otras convulsiones de otras etiologías | ¿Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epiléptico? | NO | |
| | 3.3 Alteraciones del equilibrio | ¿El aspirante ha presentado accidentes medulares que puedan afectar la seguridad de la conducción? | NO | |
| | 3.4 Trastornos musculares | ¿Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo? | NO | |
| | 3.5 Accidente isquémico transitorio | ¿Posee algún trastorno o patología muscular? | NO | |
| | 3.6 Accidentes isquémicos recurrentes | ¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular transitorios? | NO | |
| | 3.7 Otras causas que no se especificaron | ¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular recurrentes? | NO | |
| | 3.8 Otras causas no especificadas | ¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas? | NO | |
| | | ¿Sufre o ha sufrido de alergias? | NO | |
| | | ¿Está en tratamiento farmacológico actualmente? | NO | |
| | | ¿Consumo sustancias o drogas Psicoactivas? | NO | |
| | | ¿El aspirante presenta alguna incapacidad para conducir por alguna causa que no está incluida en los anteriores apartados? | NO | |
| | | ¿El aspirante presenta alguna enfermedad o deficiencia que pueda suponer una incapacidad que comprometa la seguridad vial y que no se haya mencionado? | NO | |

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final está basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Médico general:
SEÑEN ALEJANDRO BERNIER OVALLE

Nº de tarjeta profesional:
1115729/1988

Firma y Huella del Médico general

Firma

Huella

Concepto Final del Certificador

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final está basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final:
APTO

Restricciones:

Observaciones:

Candidato APTO SIN RESTRICCIÓN. Cumple con los criterios establecidos en la Resolución 0217 del 2014 del Ministerio de Transporte Anexo I y los definidos en el Esquema de Certificación de CONFIANSALUD.

Certificador:
YENNY PAOLA CHAVARRO OSORIO

Nº de tarjeta profesional:
153691

Firma del evaluado

SISSEC OLIMPIA
YENNY PAOLA CHAVARRO OSORIO

Firma y Huella del Certificador

SISSEC OLIMPIA
YENNY PAOLA CHAVARRO OSORIO

Firma

SISSEC OLIMPIA
YENNY PAOLA CHAVARRO OSORIO

Huella