



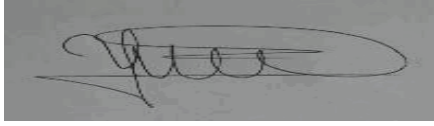
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.985

| | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 11 DÍA | 12 MES | 2023 AÑO | IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) | EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| PARTICULARES CONTADO | | | | PARTICULARES | | | |
| 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) | | | | | | | |
| ZARTA ANTONIO MARIA | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 63 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS | CC | 14232028 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE INTERFIERE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO. PODEE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RESTRICCIONES | | | | | | | |
| Observaciones: CON RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO | | | | | | | |
| APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS | | | | | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | | TIPO | | RECOMENDACIONES | |
| CONducir con las ventanillas cerradas, USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA SI RUIDO SUPERA LOS 85 DB, CONTROL AUDITIVO SEMESTRAL, INCLUIR EN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EPIDEMIOLOGICA PARA LA CONSERVACION AUDITIVA, USAR CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA, VALORACION POR OPTOMETRIA | | | | TEMPORAL | | 6 MESES | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR | | | | PSICOMOTRIZ | | | |
| VISIONOMETRIA | | | | GLICEMIA PRE | | | |
| AUDIOMETRIA | | | | ----- | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION PROXIMA | | USO DE EPP | | | HÁBITOS SALUDABLES | | |
| VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE PESO Y OBESIDAD, VALORACION POR NUTRICION Y OPTOMETRIA | | SVE AUDITIVO | | | CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO | | |
| | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | | |
| | | DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA : SI RUIDO SUPERA LOS 85 DB | | | HACER DEPORTE | | |
| | | | | | DIETA BALANCEADA | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| CONducir con las ventanillas cerradas, CONTROL AUDITIVO SEMESTRAL. INDUCCION AL CARGO. | | | | | | | |
| 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

Firma:



Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019



Código de Seguridad

P820V1B30985

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: ZARTA ANTONIO MARIA

CC: 14232028