

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



H&S OCCUPATIONAL SAS  
NIT: 900625129-9



**CONDUCTOR DE VEHÍCULOS**  
Certificado de aptitud: 9103416-23648

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	25 feb. 2025 - CARTAGENA	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	RICHARD RAFAEL YANCES GUETTE	<b>Identificación:</b>	9103416
<b>Género</b>	MASCULINO	<b>Teléfono</b>	Móvil: 3143512204
<b>Fecha Nacimiento:</b>	5/6/1968	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	SURAMERICANA.
<b>Dirección</b>	OLAYA SECTORT SAN ANTONIOI TV 61B #51 113	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>AFP:</b>	PROTECCION S.A.
<b>Empresa</b>	ANTONIO MENDOZA GARCIA		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	ANTONIO MENDOZA GARCIA -		
		<b>AREA:</b>	No Reporta

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA/PSICOMOT RIZ	PRUEBA REALIZADA
AUDIOMETRIA	SE RECOMIENDA AUDIO CLINICA, PACIENTE REFIERE ZUMBIDOS EN AMBOS OIDOS, TOCA EXCEDER EL TONO DE LA VOZ PARA COMUNICARSE
VISIOMETRIA	USO DE EPP, CONTROL ANUAL
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEO muscular	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, PACIENTE CON HALLAZGOS EN AUDIOMETRIA TAMIZ POR LO CUAL SE DA RECOMENDACION DE REALIZAR AUDIOMETRIA CLINICA. HACER SEGUIMIENTO DE CIFRAS TENSIONALES EN CASO DE EVIDENCIAR LAS MISMAS POR ENCIMA DE METAS (120/80) CONSIDERAR VALORACION POR MEDICINA GENERAL DE SU EPS. SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS DE VIDA EN RELACION A ALIMENTACION SALUDABLE DISMINUYENDO EL CONSUMO DE AZUCARES SIMPLES, ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y GRASAS TRANS, ASI COMO ACTIVIDAD FISICA REGULAR., USO DE PROTECCION AUDITIVA EN JORNADA LABORAL, PARA EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 80 DB USAR PROTECCION AUDITIVA
GLICEMIA	PROCESADO
PERFIL LIPIDICO	PROCESADO

## CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL -  
PUEDE LABORAR EN EL CARGO TENIENDO EN CUENTA RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
<b>Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción</b>		
NO		
<b>Información de Remisiones</b>		
NO		

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de H&S OCCUPATIONAL S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de H&S OCCUPATIONAL S.A.S. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

 Médico Especialista en Salud Laboral KAREN FORESTIERI PEREZ 228 589		 Firma y cédula del Paciente RICHARD RAFAEL YANCES GUETTE 9103416	
--	---	--	---