


Nº 18.618
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

25 DÍA 10 MES 2022 AÑO	FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE PARTICULARES CONTADO						PARTICULARES	
Nombre de la empresa DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) BARRERO GAMBOA ALEXANDER Apellidos y Nombres						Empresa en misión Documento de Identificación MASCULINO 43 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS CC 93133899 Tipo Número	
Cargo CONDUCTOR I CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO. Observaciones: PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES							
APTO		PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS					
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR							
VISIOMETRÍA AUDIOMETRÍA			✓ ✓ ✓	PSICOMOTRIZ DROGAS EN ORINA X2 (COCA-MAR) TEST RÁPIDO -----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO VALORACIÓN POR EPS: CONTROL DE PESO Y OBESIDAD, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN, CONTROL DE TENSIONES ARTERIALES POR 1 SEMANA CON MEDICO TRATANTE		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO: BAJAR DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES CONDUCIR CON LAS VENTANILLAS CERRADAS, LAVADO AUDITIVO IZQUIERDO. INDUCCIÓN 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.							