



Nº 55.169

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

20 DÍA	02 MES	2025 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)									
Ciudad												
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)												
LOPEZ RINCON JOSE LUIS			<table border="1"> <tr> <td>Genero</td> <td>Edad</td> <td>Documento de Identificación</td> </tr> <tr> <td>MASCULINO</td> <td>58 AÑOS 8 MESES 11 DIAS</td> <td>CC 93365592</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Tipo Número</td> </tr> </table>	Genero	Edad	Documento de Identificación	MASCULINO	58 AÑOS 8 MESES 11 DIAS	CC 93365592			Tipo Número
Genero	Edad	Documento de Identificación										
MASCULINO	58 AÑOS 8 MESES 11 DIAS	CC 93365592										
		Tipo Número										
Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Número de hijos	Teléfono	Dirección	Municipio						
LOPEZ RINCON JOSE LUIS	11/06/1966	CASADO(A)	1	3023815861	VDA BARRO BLANCO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)						
Escolaridad		Responsable		Teléfono del Responsable	EPS	ARL						
TÉCNICO		MARTHA ROMERO		3146270515	SURA	SURA						
Cargo CONDUCTOR												
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO												
Observaciones: NO APLICA												
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)												
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 OCUPACIONAL OSTEO muscular		VISIOMETRÍA										
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES							
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISIÓN CERCANA EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO			HÁBITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES												
COMO RECOMENDACIÓN GENERAL PARA EL CARGO DE CONDUCTOR DE CUALQUIER TIPO DE VEHÍCULO, SE ACONSEJA DESCARTAR ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS Y LÍPIDOS, ALTERACIONES VISUALES, ALTERACIONES CARDIOVASCULARES, ALTERACIONES AUDITIVAS, ALTERACIONES PSICOSENSORIALES Y HÁBITOS INSEGUROS QUE PUEDAN SER DE RIESGO PARA ACCIDENTES. POR ELLO SE RECOMIENDA EVALUAR ESTO POR MEDIO DE: GLICEMIA EN AYUNAS, PERFIL LIPÍDICO, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA Y ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS MAYORES DE 45 AÑOS.												
<p>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.</p>												

Médico

Firma:

Nombre: SOSA ALVAREZ ALEX

R. M.: 05-0142-09

L.S.O.: 2018060237086



Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ RINCON JOSE LUIS

CC: 93365592

Código de Seguridad
E835K1Q55169