



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 49.045

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	06 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	PRE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES ESPECIALES FLOR DEL VALLE S.A.S				TRANSPORTES ESPECIALES FLOR DEL VALLE S.A.S			
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)							
ROJAS SOTO CARLOS HUMBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	55 AÑOS 10 MESES 2 DÍAS	CC	16729137
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: <i>PRESENTA ALTERACION PRUEBA AUDIOMETRICA</i>							
APTO		PARA CONDUCIR					
APTO		SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1565 DE 2014					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR				GLICEMIA			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
OPTOMETRÍA				ENFASIS CONDUCTORES			
PERFIL LIPIDICO				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE A RIESGOS		SE ACONSEJA MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA : ANUAL				PAUSAS ACTIVAS		CONTROL DE PESO	
PACIENTE SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID 19				ADECUADA HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA : DIETA LIBRE DE GRASAS , HARINAS	
				CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL		REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	
				LAVADO DE MANOS		CONDUCIR VEHÍCULO RESPONSABLEMENTE	
				INCLUIR EN SVE DE ACUERDO A MATRIZ DE PELIGROS Y RIESGOS DE LA EMPRESA : ERGONOMICO - VISUAL- AUDITIVO - METABOLICO - PSICOSOCIAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-SE RECOMIENDA USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB -SE RECOMIENDA LLEVAR LA VENTANILLA DEL CARRO ARRIBA MIENTRAS CONDUCE -SE RECOMIENDA NO USO DE APARATOS Y/O AUDIFONOS DE INSERCIÓN EN OÍDOS -VERIFICAR LICENCIA DE CONDUCCIÓN -SEGURIDAD PROACTIVA (PRECAUCIONES AL CAMINAR POR PASILLOS Y ESCALERAS) -AUTOCUIDADO - APLICAR PROTOCOLOS DE MANEJO SEGURO DE VEHICULOS. -USO DE CALZADO ADECUADO - CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID 19							

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

Cristina Nader R

Firma: _____

Nombre: NADER FIGUEROA FADUA CRISTINA

R. M.: 2150-94

L.S.O.: 1260 - JULIO 14 DE 2020

Código de Seguridad

D856J1P49045



Aspirante o Trabajador

Carlos H. Rojas

Firma: _____

Nombre: ROJAS SOTO CARLOS HUMBERTO

CC: 16729137