



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 49.045

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO			
09 DÍA	06 MES	2022 AÑO	CALLE (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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 Extranjeria, 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: PRESENTA ALTERACION PRUEBA AUDIOMETRICA						
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 OSTEO muscular			✓	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 HABITOS 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 PROTECCIÓN AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICIÓN 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

Christina Nader R

Firma:

Nombre: NADER FIGUEROA FADUA CRISTINA

R. M.: 2150-94

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

Código de Seguridad
D856J1P49045

Aspirante o Trabajador

Carlos H. Rojas

Firma:

Nombre: ROJAS SOTO CARLOS HUMBERTO

CC: 16729137