



Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA

Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277  
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana  
Armenia - Quindío - Colombia



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.592

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
21 DÍA	07 MES	2020 AÑO	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
MEDICAL WORK MEDICINA DEL TRABAJO S.A.S.				MEDICAL WORK MEDICINA DEL TRABAJO 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)									
ACEVEDO FLOREZ ALEXANDER				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		51 AÑOS 11 MESES 17 DÍAS		CC 7557652	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo CONDUCTOR				Fecha de Ingreso / Egreso		Grupo Sanguineo A +			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>									
Observaciones: NO APLICA									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
NO				TEMPORAL		MANTENER ALIMENTACION FRACCIONADA, CORRECTA HIDRA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				NORMAL		AUDIOMETRIA		NORMAL	
VISIOMETRIA				NORMAL		MARIHUANA Y COCAÍNA		NORMAL	
GLICEMIA				NORMAL		PAQUETE DE INGRESO: EXAMEN MEDICO + AUDIOMETRIA + VISIOMETRIA		NORMAL	
PERFIL LIPÍDICO				NORMAL		-----			
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES									
HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, HÁBITOS SALUDABLES									
RECOMENDACIONES PERSONALES									
HÁBITOS SALUDABLES, USO DE EPP, HÁBITOS SALUDABLES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN: SEGURIDAD VIAL, CONTINUAR CONTROLES DE PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN									
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, PUEDE INICIAR LABOR, DEBE MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA, CORRECTO USO DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR, CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL; REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES LABORALES O SINTOMAS GENERALES A SU EMPRESA. MANTENER AUTOCUIDADO, HABITOS SALUDABLES, EJERCICIO REGULAR, NO CONSUMO DE LICOR, CIGARRILLO O DROGAS ILICITAS, PROCURAR BUENA CONDICION MENTAL Y FISICA PARA SU TRABAJO; CONTROL PERIODICO PREVENTIVO POR EPS Y CONTROL PERIODICO POR SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL //									
AUDIOMETRIA (OK), PERFIL LIPIDICO (OK), VISIOMETRIA (OK), GLICEMIA (OK), NARCOTICOS (OK)									
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**

Firma:



Nombre: LEZAMA VELASQUEZ NESTOR MAURICIO

R. M.: RM 16678/11

L.S.O.: 72480/14



Código de Seguridad

**K592Q1W20592**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:



Nombre: ACEVEDO FLOREZ ALEXANDER

CC: 7557652



Gestión y Manejo en Salud S.A.S - GEMA

Nit. 901.003.563-7

Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277  
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana  
Armenia - Quindio - Colombia

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** ACEVEDO FLOREZ ALEXANDER

**Identificación:** CC: 7557652

**Cargo:** CONDUCTOR

**Tipo de Sangre:** A +

**Género:** MASCULINO

**Dirección:** MANANTIALES MZ R C 13

**Fecha:** 21/07/2020

**Fecha Nacimiento:** 19/08/1968

**Edad:** 51 AÑOS 11 MESES 17 DÍAS

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Ciudad:** ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, Hábitos Saludables

### RECOMENDACIONES PERSONALES

HÁBITOS SALUDABLES, USO DE EPP, Hábitos Saludables, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN: SEGURIDAD VIAL, CONTINUAR CONTROLES DE PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN