



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 32.387**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
31 DÍA	01 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
TRANSPORTE ESPECIAL GLOBO SAS				TRANSPORTE ESPECIAL GLOBO SAS							
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)											
LONDOÑO USUGA MANUELA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación					
				FEMENINO	22 AÑOS	CC	1001580969				
Apellidos y Nombres						Tipo	Número				
Cargo <b>LOGISTICA</b>											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>											
Observaciones: <i>NO APLICA</i>											
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES							
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA							
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>											
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				✓	VISIOMETRÍA			✓			
AUDIOMETRÍA				✓	-----						
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES					
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR TRATAMIENTO CUMPLIDO EN SU EPS PARA CONDICION ENDOCRINOLOGICA, NO GENERA RESTRICCIONES			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES					
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE OSTEOMUSCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA					
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>											
<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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.</p>											
<b>Médico</b>  Firma: _____ Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO R. M.: 050595-14      L.S.O.: 10144 DE 10/11/				 Código de Seguridad <b>L117R1X32387</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>  Firma: _____ Nombre: LONDOÑO USUGA MANUELA ANDREA CC: 1001580969			

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** LONDOÑO USUGA MANUELA ANDREA

**Fecha:** 31/01/2024

**Identificación:** CC: 1001580969

**Fecha Nacimiento:** 28/07/2001

**Cargo:** LOGISTICA

**Edad:** 22 AÑOS

**Género:** FEMENINO

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Dirección:** CR 90 # 77AD - 62

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR TRATAMIENTO CUMPLIDO EN SU EPS PARA CONDICION ENDOCRINOLOGICA, NO GENERA RESTRICCIONES , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

## MÉDICO

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

**R.M.** 050595-14 **L.S.O** 10144 DE 10/11/20

## PACIENTE

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** LONDOÑO USUGA MANUELA ANDREA

**CC:** 1001580969