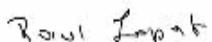




Nº 33.190

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | |
|--|-----------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
| 01 DÍA | 03 MES | 2024 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | |
| | | | | Ciudad | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | |
| TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA S . A . S . | | | | TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA 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) | | | | | | |
| ZAPATA AGUIRRE MIGUEL ÁNGEL | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| | | | | MASCULINO | 20 AÑOS | CC |
| Apellidos y Nombres | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | | | |
| APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA (REMITIDO A): | | | | | | |
| Observaciones: <i>HASTA PRUEBA TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA</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 | | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA | | | ✓ | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | | | ✓ | PSICOACTIVO | | ✓ |
| VISIOMETRÍA | | | ✓ | ----- | | ----- |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | HABITOS SALUDABLES | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA REACTIVO - DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA DE COORDINACIÓN VISIONAL BIMANUAL. LA PRESENTE ALRETRACCIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO. - SE RECOMIENDA VINCULAR AL PROGRAMA DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSA DE LA EMPRESA | | | | | | |
| <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> | | | | | | |
| Médico | | Aspirante o Trabajador | | | | |
|  | |  | | | | |
| Firma: | | Firma: | | | | |
| Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO | | Nombre: ZAPATA AGUIRRE MIGUEL ÁNGEL | | | | |
| R. M.: 5065404 | | CC: 1001603620 | | | | |
| L.S.O.: S201706010407 | | Código de Seguridad Y117E1K33190 | | | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: ZAPATA AGUIRRE MIGUEL ÁNGEL

Fecha: 01/03/2024

Identificación: CC: 1001603620

Fecha Nacimiento: 31/08/2003

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 20 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: BELENCITO CORAZON

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul F. Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Miguel Ángel Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA AGUIRRE MIGUEL ÁNGEL

CC: 1001603620