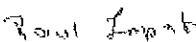




**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

Nº 21.408

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	11 MES	2022 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PRECOLTUR SAS			PRECOLTUR SAS			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
MONSALVE ARROYAVE FARLEY ARBEY			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	32 AÑOS	CC	1017178232
					Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>						
Observaciones: <b>NO APLICA</b>						
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 ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNAS			<input checked="" type="checkbox"/>	GLICEMIA	<input checked="" type="checkbox"/>	
AUDIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	<input checked="" type="checkbox"/>	
VISIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>	
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					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
-GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO						
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.						
Médico			Aspirante o Trabajador			
						
Firma:			Firma:			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO			Nombre: MONSALVE ARROYAVE FARLEY ARBEY			
R. M.:		5065404	L.S.O.:		CC: 1017178232	
Código de Seguridad			K117Q1W21408			

## RECOMENDACIONES

Paciente: MONSALVE ARROYAVE FARLEY ARBEY

Fecha: 09/11/2022

Identificación: CC: 1017178232

Fecha Nacimiento: 16/01/1990

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 32 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 20E 40 05

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

### RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### MÉDICO

Raúl Zapata  
Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO  
R.M. 5065404 L.S.O. \_\_\_\_\_

### PACIENTE

Raúl Zapata  
Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: MONSALVE ARROYAVE FARLEY ARBEY  
CC: 1017178232