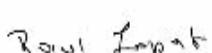


## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 28.172

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
18 DÍA	08 MES	2023 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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)						
CORDOBA GAVIRIA DIONER				Genero	Edad	Documento de Identificación
				MASCULINO	24 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres					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 ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO		✓
VISIOMETRÍA			✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- GLUCOMETRÍA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR</li> </ul>						
<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: CORDOBA GAVIRIA DIONER			
R. M.: 5065404		L.S.O.: M117S1Y28172		CC: 1017269735		
Código de Seguridad						

**RECOMENDACIONES****Paciente:** CORDOBA GAVIRIA DIONER**Fecha:** 18/08/2023**Identificación:** CC: 1017269735**Fecha Nacimiento:** 09/05/1999**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 24 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CRRA 40 67 27**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO***Raoul Zapata***Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO**R.M.** 5065404      **L.S.O.** \_\_\_\_\_**PACIENTE***Dioner Gaviria***Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** CORDOBA GAVIRIA DIONER**CC:** 1017269735