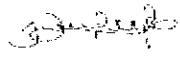
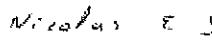




Nº 23.311

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
02 DÍA	02 MES	2023 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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
JARAMILLO CASTEÑEDA NICOLAS EDUARDO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	50 AÑOS	CC 98606209
				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)					
Observaciones: NO APLICA					
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A					
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA VISIONMETRÍA			✓ ✓ ✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PSICOACTIVO	
. RECOMENDACIONES MÉDICAS USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE PARA TRABAJAR EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			SVE VISUAL PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO					
<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: GIRALDO HOYOS JENIFER			Nombre: JARAMILLO CASTEÑEDA NICOLAS EDUARDO		
R. M.: 1128437035			L.S.O.: 2019060049430		
			Código de Seguridad U117A1G23311		
			CC: 98606209		

RECOMENDACIONES

Paciente: JARAMILLO CASTEÑEDA NICOLAS EDUARDO

Fecha: 02/02/2023

Identificación: CC: 98606209

Fecha Nacimiento: 10/09/1972

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 50 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 55 # 58 24

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL:
PERMANENTE PARA TRABAJAR

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR, SVE VISUAL

MÉDICO

Firma:

Nombre: GIRALDO HOYOS JENIFER

R.M. 1128437035 L.S.O 2019060049430

PACIENTE

Firma:

Nombre: JARAMILLO CASTEÑEDA NICOLAS EDUARDO

CC: 98606209