



Nº 20.550

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

04 DÍA	10 MES	2022 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  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 Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

**MUÑOZ VELASQUEZ ROSEMBER DEINER**

Genero	Edad	Documento de Identificación
--------	------	-----------------------------

MASCULINO	42 AÑOS	CC	98671845
-----------	---------	----	----------

Apellidos y Nombres

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

✓ PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

COLUMNA

✓

AUDIOMETRÍA

✓ PSICOACTIVO

✓

VISIONMETRÍA

✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HÁBITOS SALUDABLES

VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRÍA

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

DIETA BALANCEADA

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- PRESENTA ALTERACIÓN EN LA AGUDEZA VISUAL NO CORREGIDA, POR LO CUAL, DEBE SOLICITAR CITA CON OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA SU EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR EN EL MOMENTO

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.

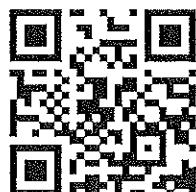
**Médico**

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.:



Código de Seguridad

M117S1Y20550

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MUÑOZ VELASQUEZ ROSEMBER DEINER

cc: 98671845

## RECOMENDACIONES

Paciente: MUÑOZ VELASQUEZ ROSEMBER DEINER

Fecha: 04/10/2022

Identificación: CC: 98671845

Fecha Nacimiento: 26/04/1980

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 42 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 92 # 74 A 15

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: OPTOMETRÍA

### RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### MÉDICO

### PACIENTE

Raúl Zapata

Raúl Muñoz

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

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

Nombre: MUÑOZ VELASQUEZ ROSEMBER DEINER

R.M. 5065404 L.S.O.

CC: 98671845