



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.568

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11	05	2023	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO		PARTICULARES	
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)

FLOREZ OLAYA WILSON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	60 AÑOS 10 MESES 28 DÍAS	CC	16669284
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo  
**CONDUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  
**CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.**

Observaciones: *PUEDA DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES*

**APTO** PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

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 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	AUDIOMETRÍA	✓
VISIOMETRIA	✓	PSICOMOTRIZ	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PARA CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION PROXIMA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 5 KILOS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE PESO Y OBESIDAD, VALORACION POR NUTRICION , OPTOMETRIA, CIRUGIA GENERAL		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN SAL

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

NO HALAR, NO EMPUJAR, NO ARRASTRAR OBJETOS PESADOS INDUCCION AL CARGO.

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.

<b>Médico</b>  Firma: _____ Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA		<b>Aspirante o Trabajador</b>  Firma: _____ Nombre: FLOREZ OLAYA WILSON
---	---	--

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019

Código de Seguridad

CC: 16669284

**C82011O24568**



