



Nº 35.188

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	05 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
LAS BUSETICAS SAS				LAS BUSETICAS 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)							
MAESTRE RESTREPO MARYURIN DEL CARMEN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	34 AÑOS	CC	1036629716
Apellidos y Nombres				Tipo	Número		
Cargo OPERARIO DE MAQUINARIA PESADA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				N/A			
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
USAR ORTESIS PERMANENTE Y MANEJAR VEHICULO TIPO			TEMPORAL	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA			✓	GLICEMIA ✓			
AUDIOMETRÍA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓			
VISIONETRÍA			✓	PSICOACTIVO ✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR SEGUIMIENTO MÉDICO INTEGRAL EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA SUS CONDICIONES DE BASE EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							

-PACIENTE CON CONDICION AUDITIVA QUE COMPROMETE AMBOS OIDOS AUN EN SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA/OTOGIA Y AUDIOLOGIA . SIN TERMINAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO Y AUN SINTOMÁTICA . DEBE CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR DICHOS PROFESIONALES EN FORMA CUMPLIDA , PRESENTA RESTRICCIÓN TEMPORAL PARA ACTIVIDADES EN MAQUINARIA PESADA , NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN EN VEHÍCULO TIPO CAMIONETA .

-AUDIOMETRIA CON ALTERACIÓN .

-DEBE USAR PRÓTESIS AUDITIVA (AUDÍFONO) PERMANENTE EN OIDO DERECHO Y ESTA PENDIENTE ENTREGA DE AUDIFONO OIDO IZQUEIRDO EL CUAL TAMBIÉN DEBE USAR DE MANERA PERMANENTE , TAMBIÉN AYUDA VISUAL CON MODIFICACIONES EN LOS ESPEJOS LATERALES Y EL RETROVISOR PANORÁMICO. EL VEHÍCULO DEBE PORTAR EL SÍMBOLO DE SORDERA O HIPOACUSIA O DIFICULTAD DE COMUNICACIÓN"

-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 80 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS.

-PACIENTE CON CONDICIÓN DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR EN MANEJO POR ORTOPEDIA. CONTINUAR SEGUIMIENTO EN FORMA CUMPLIDA POR DICHA ESPECIALIDAD EN SU EPS .

-GLUCOMETRIA NORMAL.

-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO .

-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (TIPO 2) PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN EL AREA DE PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO LA PRESENTE ALTERACIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.

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: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/



Código de Seguridad

X117D1J35188

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MAESTRE RESTREPO MARYURIN DEL CARMEN

CC: 1036629716

RECOMENDACIONES

Paciente: MAESTRE RESTREPO MARYURIN DEL CARMEN

Fecha: 14/05/2024

Identificación: CC: 1036629716

Fecha Nacimiento: 09/05/1990

Cargo: OPERARIO DE MAQUINARIA PESADA

Edad: 34 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 20 CC # 41 F- 07

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, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO INTEGRAL EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA SUS CONDICIONES DE BASE , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO

MÉDICO

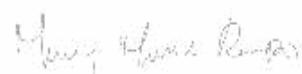


Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: MAESTRE RESTREPO MARYURIN DEL CAR

CC: 1036629716