



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.240

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	10 MES	2022 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES				COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES			
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)							
GALLEGO GIL LUCAS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	31 AÑOS	CC	1039454706
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN 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			
VISIONOMETRÍA				COLESTEROL			
GLICEMIA				TRIGLICERIDOS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>- - GLUCOMETRIA Y TRIGLICERIDOS : NORMALES . COLESTEROL: ALTERADO , PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA SE DAN RECOMENDACIONES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE INCLUYENDO EL DEPORTE DENTRO DE SU RUTINA MINIMO 30 MINUTOS 5 VECES A LA SEMANA , ADICIONALMENTE SE RECOMIENDAN CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN .</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS DE LA NORMALIDAD EN EL AREA DE REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCION</p> <p>- TRABAJADOR SIN CONDICIONES MEDICAS QUE INCREMENTEN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EXCEPTO EL PESO, SE RECOMIENDA CONSULTAR EN LA EPS PARA MANEJO POR NUTRICION , SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE LA SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .</p>							
<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**

Raul Ospina

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404 L.S.O.: \_\_\_\_\_



Código de Seguridad

**K117Q1W21240**

**Aspirante o Trabajador**

Lucas Gallego

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

Nombre: GALLEGO GIL LUCAS

CC: 1039454706



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

**RECOMENDACIONES**

**Paciente:** GALLEGO GIL LUCAS

**Identificación:** CC: 1039454706

**Cargo:** CONDUCTOR

**Género:** MASCULINO

**Dirección:** CRA 39 DD # 45 C SUR 39

**Fecha:** 31/10/2022

**Fecha Nacimiento:** 01/04/1991

**Edad:** 31 AÑOS

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

**RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables**

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

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO**

Raul Ospina

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O. \_\_\_\_\_

**PACIENTE**

Lucas Gallego

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

Nombre: GALLEGO GIL LUCAS

CC: 1039454706