



Nº 53.357

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

| | | | | |
|-----------|-----------|-------------|------------------------------|---|
| 21 DÍA | 01 MES | 2025 AÑO | VALLEDUPAR (CESAR, 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

ADILAB - AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO S.A.S. INGEOOMEGA S.A.S - PRAFI CE - PROYECTO REDES AFINIA CESAR

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)

CASTAÑO MORALES CESAR ANTONI

| | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------|
| Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| MASCULINO | 33 AÑOS 2 MESES 19 | CC | 1067721923 |
| Apellidos y Nombres | | Tipo | Número DÍAS |

Cargo

AYUDANTE CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR

NO APLICA

Observaciones:

APTO PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL SI

| 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 | ✓ | EVALUACION OSTEOMUSCULAR | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | TETANO | ✓ |
| VISIONETRÍA | ✓ | EVALUACION SICOSENSOMETRICA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|--|---|-------------------------------------|
| SOLICITAR EN SU ENTIDAD DE SALUD VALORACIÓN DE SU ALTERACIÓN DEL PESO POR NUTRICIONISTA. | APORTA CARNET DE VACUNACION ACTUALIZADO CON VACUNAS APLICADAS DE: : APLICADO VACUNA TETANO 21-01-2025 | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | DIETA BALANCEADA |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | CONTROL DE PESO |
| | | HACER DEPORTE |

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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.

Médico

*Edinson Caparrós Aranda
Dr. Edinson E. Caparrós A.
M.D.E.P. SALUD OCUPACIONAL
LIC. 6853 7 12 15
UNIVERSIDAD DEL NORTE*

Firma:

Nombre: CAPARROS ARANDA EDINSON EDUARDO

R. M.: 1436/2008

L.S.O.: 6853 7 12 15

Aspirante o Trabajador

Cesar castaño

Firma:

Nombre: CASTAÑO MORALES CESAR ANTONI

CC: 1067721923



CARNET DE VACUNACIÓN

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Cesar
Apellidos: castaño Morales
Documento de Identidad: 1067721923
Fecha de Nacimiento: 05 11 1991

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--|-------|
| Sarampión Triple viral | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico DPT | 1 2 3 1 2 | 19-10-22 05-07-14 2260014123A | 23390005 M/04 VACUNACIÓN SECCIONAL CESAR | |
| Contra Hepatitis B | 1 2 3 R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|------------------------|-------|----------|-------------------|-------|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 19-10-22 | 212 VF 0152 /caur | |
| Contra Influenza | | | | |
| Varicela | | | | |
| Hepatitis A | | | | |
| Neumococo | | | | |