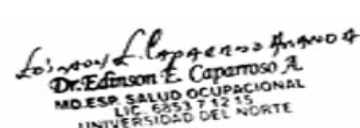
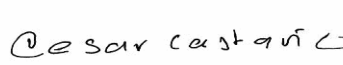




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.357

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
21 DÍA	01 MES	2025 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
ADILAB - AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO S.A.S.			NGEOMEGA 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 DÍAS	CC 1067721923
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargos					
AYUDANTE CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR					
Observaciones: NO APLICA					
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 ✓	
VISIONOMETRÍA		✓		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		HÁBITOS 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			Aspirante o Trabajador		
 Firma: _____ Nombre: CAPAROSO ARANDA EDINSON EDUARDO R. M.: 1436/2008 L.S.O.: 6853 7 12 15			 Firma: _____ Nombre: CASTAÑO MORALES CESAR ANTONI CC: 1067721923		

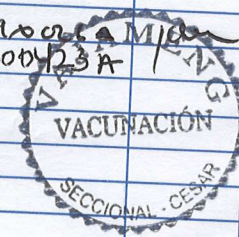


CARNET DE VACUNACIÓN

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	19-10-22	23390025A MIO	
	2	05-02-24	222600123A	
	3			
	1			
	2			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	19-10-22	212VFC0152	
Contra Influenza				
Varicela				
Hepatitis A				
Neumococo				

