

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.106

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	02 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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 Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
OSPINA OSPINA ERICA LILIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	36 AÑOS	CC	1128425157
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo COORDINADORA DE OPERACIONES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN 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				GLICEMIA			
AUDIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
VISIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-GLUCOSA NORMAL -TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
<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>							
<b>Médico</b>  Firma: _____ Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/				<b>Aspirante o Trabajador</b>  Firma: _____ Nombre: OSPINA OSPINA ERICA LILIANA CC: 1128425157			



Código de Seguridad

U117A1G33106

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** OSPINA OSPINA ERICA LILIANA

**Identificación:** CC: 1128425157

**Cargo:** COORDINADORA DE OPERACIONES

**Género:** FEMENINO

**Dirección:** CR 49 B # 90 -106

**Fecha:** 28/02/2024

**Fecha Nacimiento:** 07/02/1988

**Edad:** 36 AÑOS

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

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

### RECOMENDACIONES Hábitos y estilos de vida saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, Hábitos saludables


### RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

**Firma:** 

**Nombre:** VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

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

## PACIENTE

**Firma:** 

**Nombre:** OSPINA OSPINA ERICA LILIANA

**CC:** 1128425157