

Nº 43.322

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
14 DÍA	02 MES	2025 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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)					
OSPINA HERNANDEZ ALBA INES			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	60 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTORA</b>					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>					
Observaciones: <b>NO APLICA</b> <b>PARA LA LABOR ASIGNADA</b>					
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				N/A	
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>					
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO	
VISIONETRÍA			✓	ALCOHOLIMETRIA	
GLICEMIA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR EN CONTROLES DE RCV USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				HACER DEPORTE	
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA	
ESPECIALISTA : OFTALMOLOGÍA PARA MANEJO MEDICO					
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ALCOHOLIMETRIA NEGATIVA</li> <li>- GLICEMIA NORMAL</li> <li>- PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA</li> <li>- ASISTIR A OFTALMOLOGÍA PARA MANEJO MEDICO</li> </ul>					
<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**

Firma:

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R. M.: CMC217-18888

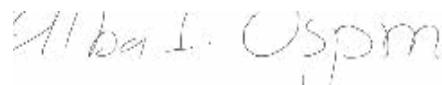
L.S.O.: 2022060356577



Código de Seguridad

**Y117E1K43322**

Especialistas en tu Empresa

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: OSPINA HERNANDEZ ALBA INES

CC: 21619212

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** OSPINA HERNANDEZ ALBA INES**Identificación:** CC: 21619212**Cargo:** CONDUCTORA**Género:** MASCULINO**Dirección:** CR 58C # 26-29**Fecha:** 14/02/2025**Fecha Nacimiento:** 24/01/1965**Edad:** 60 AÑOS**Estado Civil:** CASADO(A)**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR EN CONTROLES DE RCV , USAR MEDIAS ANTIVÁRICES, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, ESPECIALISTA: OFTALMOLOGÍA PARA MANEJO MEDICO

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O. 2022060356577

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: OSPINA HERNANDEZ ALBA INES

CC: 21619212