

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del



CONDUCTOR DE VEHÍCULOS

Certificado de aptitud: 3521915-287954

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 28/09/2024 MEDELLIN
Paciente: RUBEN DARIO LONDOÑO JARAMILLO
Género: MASCULINO **Edad:** 62
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CL 12 C SUR 54 162
Empresa: PARTICULAR -

Tipo de Examen: INGRESO PARA CONDUCTORES
Identificación: 3521915
Teléfono: 3217904748 **Móvil:** 3217904748
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SURAMERICANA.
Escolaridad: SECUNDARIA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO-

CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES.

AUDIOMETRIA TAMIZ

CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL NORMAL, ADECUADA PARA EL CARGO; 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES CON RUIDO SEGÚN GUIAS DE MANEJO DE LA EMPRESA.

VISIOMETRIA TAMIZ

ALTERACION PARA VISION PROXIMA SEVERA CON CORRECCION QUE NO INTERFERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO USO DE CORRECCION SEGUN ACTIVIDADES PROPIAS DE SU LABOR

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SE HAN TENIDO EN CUENTA TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, SE EMITIERON OBSERVACIONES SEGUN LOS HALLAZGOS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ATENCION POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SST. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR EL (LOS) ESPECIALISTA(S) EN CASO DE QUE SE PRESENTEN. SE RECOMIENDA EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN CORRESPONDAN, AL CARGO Y/O LABOR DEL EMPLEADO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, ADOPTAR ADECUADA HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, INDUCCIONES PROPRIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO.. * NO CASO SEGUN CLASIFICACION GATISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUSCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABOR EVITAR ACCIONES IMPRUDENTES QUE PONGAN EN RIESGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., CONTROL PERIODICO ENF. CRONICAS EN EPS, REALIZAR HIDRATACION SUFFICIENTE DUANTE JORNADA LABORAL, DISTRIBUIR INGESTA DE CARBOHIDRATOS DURANTE 5 MOMENTO DE JORNADA LABORAL, TENER CARBOHIRATOS A LA MANO EN CASO DE HIPOGLICEMIA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL

PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION.

CONDUCTORES

TRIGLICERIDOS

SE REALIZO, SIN ALTERACION

MÓVIL: 3217904748

GLICEMIA EN AYUNAS

SE REALIZO, CON ALTERACION

COLESTEROL TOTAL

SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CON RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO,

NO CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA SEGURIDAD VIAL

Observaciones: -ALTERACION VISUAL SEVERA CORREGIDA DE VISION PROXIMA QUE NO INTERFERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. -PRESENTA PATOLOGIA CARDIOVASCULAR CRONICA CONTROLADA QUE NO INTERFERE PARA SU DESEMPEÑO EN EL CARGO, CONTINUAR EN MANEJO POR EPS. PRESENTA PATOLOGIA DE GLICEMIA CRONICA CON USO DE MEDICAMENTOS QUE LE GENERAN RIESGO DE HIPOGLICEMIA, POR LO QUE TIENE RESTRICCIÓN PARA LABORES DE ALTO RIESGO COMO CONDUCCION AL MOMENTO DE LA CONSULTA MEDICA PRESENTA RESTRICCION(ES) QUE LIMITAN SU CAPACIDAD PARA TAREAS DE ALTO RIESGO COMO LA CONDUCCION . EN LA EVENTUALIDAD QUE ESTA(S) SEA(N) SUBSANABLE(S) TENDRA UN PLAZO MAXIMO DE CUATRO (4) SEMANAS PARA PRESENTAR LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES. UNA VEZ CUMPLIDO EL TÉRMINO NO SE PODRÁN REALIZAR ADICIONES AL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: ** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUPERE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FISICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADAS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
METABOLICA	N	SE DETECTAN CONDICIONES METABÓLICAS QUE LIMITAN SU CAPACIDAD EN EL MOMENTO PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO, ESTA(S) PUEDEN VERSE COMPLICADAS O EXACERBADAS DURANTE EL DESEMPEÑO O EJECUCIÓN DEL CARGO

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

CARDIOVASCULAR

SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.

PPyP

VISUAL

USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN PRESCRIPCION EN JORNADA LABORAL, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTES, USO DE GAFAS DE PROTECCION OCULAR EN AMBIENTE LABORAL SEGUN SE REQUIERA.

PPyP

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclinicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclinicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaro el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita 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 ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:



EDELINGER ATHAIS ARANGUIBEL ARRIECHE
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC 7186-07112022

Firma y cédula del Paciente
RUBEN DARIO LONDOÑO JARAMILLO
3521915

Médico Especialista en Salud Laboral
EDELINGER ATHAIS ARANGUIBEL ARRIECHE
7186-07112022 7186-07112022