



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 32.478

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 DÍA	02 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PRECOLTUR SAS			PRECOLTUR 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)						
SANTA ARIAS BABY ALEXANDER			Género	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	44 AÑOS	CC	70328092
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)						
Observaciones: NO APLICA				N/A		
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		<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/>			
AUDIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>			
VISIONEMTRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
- 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>						
Médico		Aspirante o Trabajador				
Firma:		Firma:				
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO		Nombre: SANTA ARIAS BABY ALEXANDER				
R. M.: 5065404		L.S.O.: S2017060104078				
Código de Seguridad		cc: 70328092				
H117N1T32478						



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: SANTA ARIAS BABY ALEXANDER

Fecha: 02/02/2024

Identificación: CC: 70328092

Fecha Nacimiento: 05/01/1980

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 44 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CALLE 112 N 80 89 INT 301

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: SANTA ARIAS BABY ALEXANDER

CC: 70328092