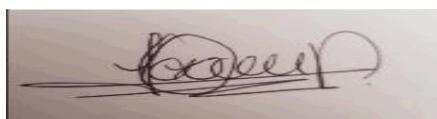




Nº 42.151

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	01 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)							
SEPULVEDA HERNANDEZ MARCO ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	66 AÑOS	CC	70510324
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OPERADOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL							
Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
NO APLICA			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				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO	✓	
VISIONETRÍA				✓	ALCOHOLIMETRIA	✓	
GLICEMIA				✓	-----	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PERIODICAMENTE EN EL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .		SVE CARDIOVASCULAR			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE		
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA , ALCOHOLIMETRIA : NEGATIVA .</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARAMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN MEDICA CARDIOVASCULAR , AL MOMENTO DE LA CONSULTA ESTABLE DE SUS COMORBILIDADES , SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .</p>							
<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:

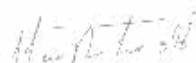
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

Z117F1L42151**Aspirante o Trabajador**


Firma:

Nombre: SEPULVEDA HERNANDEZ MARCO ANTONIO

CC: 70510324



NIT : 901154336-9
 Cel. 301 251 9764
 Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
 gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES**Paciente:** SEPULVEDA HERNANDEZ MARCO ANTONIO**Fecha:** 11/01/2025**Identificación:** CC: 70510324**Fecha Nacimiento:** 22/02/1958**Cargo:** OPERADOR**Edad:** 66 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CAR 70 92C 58**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

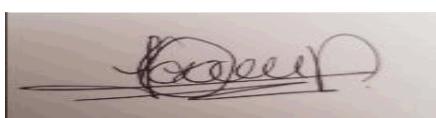
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: PERIODICAMENTE EN EL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS . , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO


Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10 L.S.O. 2017060104660

PACIENTE


Firma:

Nombre: SEPULVEDA HERNANDEZ MARCO ANTONI

CC: 70510324