



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.069

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	06 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)							
HERNANDEZ TOBON YOVANI ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS	CC	71315557
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
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				GLICEMIA			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
VISIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE OSTEOMUSCULAR			CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE SECUELA OSTEOMUSCULAR QUE NO GENERA LIMITACIONES PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCION.</p> <p>-GLUCOMETRIA ALTERADA, REQUIERE CAMBIOS ALIMENTARIOS Y EN ACTIVIDAD FISICA . SE INDICA SOLICITAR CITA MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO OPORTUNO EN CASO DE SER NECESARIO. NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR .</p> <p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO.</p> <p>-POR ALTERACION DE CIFRAS TENSIONALES SE INDICA SOLICITAR CITA MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA REALIZAR TOMA SERIADA DE LA PRESION ARTERIAL Y/O MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL SISTEMICA . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR .</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (TIPO 2) PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN EL AREA DE REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA Y COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL ,ES APTO PARA DESEMPEÑAR LAS LABORES DE CONDUCCIÓN Y SE RECOMIENDA REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA</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: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/20



Código de Seguridad

G117M1S36069

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HERNANDEZ TOBON YOVANI ANDRES

CC: 71315557



Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: HERNANDEZ TOBON YOVANI ANDRES

Identificación: CC: 71315557

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CR 46 A # 68 SUR _ 27

Fecha: 18/06/2024

Fecha Nacimiento: 18/09/1980

Edad: 43 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO,
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14

L.S.O 10144 DE 10/11/20

PACIENTE

Firma:

Nombre: HERNANDEZ TOBON YOVANI ANDRES

CC: 71315557