



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 45.680

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21	06	2024	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES JONVAL S.A.S				TRANSPORTES JONVAL S.A.S			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
ALVAREZ SUAREZ JUAN DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	40 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC	71365231
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES							
APTO	PARA CONDUCIR						
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 OCUPACIONAL OSTEO muscular				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA DE ALCOHOL EN SALIVA		✓
VISIONETRÍA				✓	PANEL MULTIDROGA POR 5		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : REFIERE TENER SEGUIMIENTO CON NUTRICIONISTA		USO DE EPP			DEJAR DE FUMAR		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : CONSULTA MÉDICA EN EPS PARA SEGUIMIENTO DE PRESIÓN ARTERIAL, EL PACIENTE DEBE TRAER LA HISTORIA CLÍNICA O ENVIALA POR EMAIL A: RECEPCION@COLMEDICOSDEORIENTESA.COM. LA EMPRESA DEBE SUPERVISAR QUE EL PACIENTE CUMPLA CON ESTA RECOMENDACIÓN.		EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO			HACER DEPORTE		
PEDIR CITA DE CONTROL ANUAL CON OPTÓMETRA EN EPS					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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.							

Médico

Liliana Pérez Aguirre
Médica U.de.A.
Especialista S.O.
RM: 54389 Lic: 53383

Firma:

Nombre: PEREZ AGUIRRE LILIANA MARIA

R. M.: 54389-10

L.S.O.: 2021060130298

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: ALVAREZ SUAREZ JUAN DAVID

CC: 71365231

Código de Seguridad

C835I1O45680