



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.323

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
|--|-----------|-------------|--------------------------------|---|---------|-------------------------------------|----------|
| 14 DÍA | 02 MES | 2025 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO | | | |
| | | | 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) | | | | | | | |
| BORDON MEDINA ISAIAS ORLANDO | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 61 AÑOS | CC | 71647742 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA | | | | | | | |
| NO SE EVALUARÁN 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 | | | |
| VISIONOMETRÍA | | | | ALCOHOLIMETRIA | | | |
| GLICEMIA | | | | ----- | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | HABITOS SALUDABLES | |
| | | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| <p>- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- ALCOHOLIMETRIA NEGATIVO</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA ALTERACION EN ALGUNOS PARAMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CODUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</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

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

R117X1D43323

Aspirante o Trabajador

Isaias Orlando Bordon Medina

Firma: _____

Nombre: BORDON MEDINA ISAIAS ORLANDO

CC: 71647742



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: BORDON MEDINA ISAIAS ORLANDO

Identificación: CC: 71647742

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CR 58C # 24 A - 26

Fecha: 14/02/2025

Fecha Nacimiento: 16/01/1964

Edad: 61 AÑOS

Estado Civil: CASADO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Isaias Orlando Bordon Medina

Firma: _____

Nombre: BORDON MEDINA ISAIAS ORLANDO

CC: 71647742