



Nº 33.971

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	04 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
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)							
GALARCIO YANEZ HECTOR FABIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	45 AÑOS	CC	71987638
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo ENCARGADO DE PARQUEADERO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
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				✓	GLICEMIA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO	✓	
VISIOMETRÍA				✓	ALCOHOLIMETRIA	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-PRUEBA DE ALCOHOL EN ALIENTO NEGATIVA. -GLUCOMETRIA NORMAL. -TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO .							
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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Firma: _____			
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO				Nombre: GALARCIO YANEZ HECTOR FABIO			
R. M.: 050595-14				CC: 71987638			
L.S.O.: 10144 DE 10/11/				Código de Seguridad J117P1V33971			

RECOMENDACIONES

Paciente: GALARCIO YANEZ HECTOR FABIO

Fecha: 03/04/2024

Identificación: CC: 71987638

Fecha Nacimiento: 02/01/1979

Cargo: ENCARGADO DE PARQUEADERO

Edad: 45 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 59 C # 28 D - 112

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO



Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIR ALBEIRO

R.M. 050595-14 **L.S.O.** 10144 DE 10/11/20

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: GALARCIO YANEZ HECTOR FABIO

CC: 71987638