



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.335

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	03 MES	2025 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)							
GONZALEZ MAY DIGNO JOSE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	53 AÑOS	CC	78711767
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
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		
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			
VISIOMETRÍA				ALCOHOLIMETRIA			
GLICEMIA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EPS						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO						HACER DEPORTE	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-CONTINUAR CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EPS -ALCOHOLIMETRIA NEGATIVO - GLICEMIA NORMAL - PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA							
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

ANA CRUZ

Firma: _____

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577



Código de Seguridad

N117T1Z44335

Aspirante o Trabajador

JOSE MAY DIGNO GONZALEZ

Firma: _____

Nombre: GONZALEZ MAY DIGNO JOSE

CC: 78711767



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: GONZALEZ MAY DIGNO JOSE

Identificación: CC: 78711767

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRA 14 B # 50 24

Fecha: 19/03/2025

Fecha Nacimiento: 26/02/1972

Edad: 53 AÑOS

Estado Civil: CASADO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EPS , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES Hábitos y estilos de vida saludables

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

ANA CRUZ

Firma: _____

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O 2022060356577

PACIENTE

JOSE MAY DIGNO GONZALEZ

Firma: _____

Nombre: GONZALEZ MAY DIGNO JOSE

CC: 78711767