

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SEGURIDAD VIAL

Certificado de aptitud: 8129253-
81603

Fecha y Lugar:	29/09/2024	APARTADO	Tipo de Identificación	INGRESO PARA CONDUCTORES
Paciente	EDINSON ANDRES GIRALDO ALVAREZ		: Teléfono	8129253
Género	MASCULINO		Cargo:	Móvil: 3024055285
Estado Civil:	SOLTERO(A)			CONDUCTOR
Dirección	CARRERA 84 BARRIO ROBLEDO		EPS:	EPS SURAMERICANA
Empresa	TRANSPORTES ESPECIALES DE OCCIDENTE SAS -		Escolaridad:	SECUNDARIA

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN DE SEGURIDAD VIAL

CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCION Y SEGURIDAD VIAL.

SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACION VISOMOTRIZ EN TAREA BIMANUAL. IGUALMENTE, SE SUGIERE TRABAJAR MAS EN SU REACCION AL FRENADO PARA GENERAR RESPUESTAS RAPIDAS Y EFECTIVAS.

AUDIOMETRIA

CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL NORMAL, ADECUADA PARA EL CARGO; 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES CON RUIDO SEGUN GUIAS DE MANEJO DE LA

VISSIOMETRIA TAMIZ

SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFERIA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL

EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SE HAN TENIDO EN CUENTA TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, SE EMITIERON OBSERVACIONES SEGUN LOS HALLAZGOS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ATENCION POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SST.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR EL (LOS) ESPECIALISTA(S) EN CASO DE QUE SE PRESENTEN. SE RECOMIENDA EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN CORRESPONDAN, AL CARGO Y/O LABOR DEL EMPLEADO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, ADOPTAR ADECUADA HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, INDUCCIONES PROPIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DIA.. * NO CASO

PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION

COLESTEROL TOTAL

SE REALIZO, SIN ALTERACION

GLICEMIA

SE REALIZO, SIN ALTERACION

TRIGLICERIDOS

SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD

**PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL CARGO
CON APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADA PARA INGRESO A PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL**

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LAS NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDURIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FISICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADAS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular N° 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO	Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)	
NO		

Recomendaciones al

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual)
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita 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 ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:



Sandra Segura
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
Médico Especialista en Salud Laboral
RECORRIDO: 0002022
SANDRA MILENA SEGURA
GONZALEZ
160040802022
2