



Nº 42.672

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
				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)							
FREYDELL CHICA GERMAN ADOLFO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	75 AÑOS	CC	8297398
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b> Observaciones: <b>NO APLICA</b> <b>PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
NO APLICA			NO APLICA	NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO	✓	
VISIONETRÍA				✓	ALCOHOLIMETRIA	✓	
GLICEMIA				✓	-----	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			DIETA BALANCEADA		
VALORIZACIÓN POR EPS : - CONTINUAR SEGUIMIENTO MÉDICO POR ESPECIALISTAS TRATANTES EN SU ENTIDAD DE SALUD.							
ESPECIALISTA : UROLOGÍA.							
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TÓXICOS EN ORINA: NO REACTIVO. ALCOHOLIMETRIA NORMAL, GLUCOSA NORMAL.</li> <li>- CONTINUAR SEGUIMIENTO MÉDICO POR ESPECIALISTAS TRATANTES EN SU ENTIDAD DE SALUD.</li> <li>- ACUDIR OPORTUNAMENTE A CITAS MÉDICAS ORDENADAS POR ESPECIALISTAS TRATANTES.</li> <li>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA EN LA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARÁMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</li> </ul>							
<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***tPesp*

Firma:

Nombre: CONTRERAS PIERUCCINI MICHELLE PAOLA

R. M.: 1104872693

L.S.O.: 2024060080861



Código de Seguridad

**M117S1Y42672****Aspirante o Trabajador***Germany de Hoy*

Firma:

Nombre: FREYDELL CHICA GERMAN ADOLFO

CC: 8297398

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** FREYDELL CHICA GERMAN ADOLFO**Identificación:** CC: 8297398**Cargo:** CONDUCTOR**Género:** MASCULINO**Dirección:** CR 81 A # 49-37**Fecha:** 25/01/2025**Fecha Nacimiento:** 10/04/1949**Edad:** 75 AÑOS**Estado Civil:** CASADO(A)**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

CONTINUAR MANEJO MÉDICO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: - CONTINUAR SEGUIMIENTO MÉDICO POR ESPECIALISTAS TRATANTES EN SU ENTIDAD DE SALUD., ESPECIALISTA: UROLOGÍA.

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

**MÉDICO***tPesp*

Firma:

Nombre: CONTRERAS PIERUCCINI MICHELLE PAOLA

R.M. 1104872693 L.S.O. 2024060080861

**PACIENTE***Germany de Hoy*

Firma:

Nombre: FREYDELL CHICA GERMAN ADOLFO

CC: 8297398