



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 37.757

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	08 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANS-MILENIUM S.A.S				TRANS-MILENIUM 2021 S.A.S			
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)							
MEJÍA YEPES LUIS FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	65 AÑOS	CC	8397851
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				COLESTEROL			
GLICEMIA				TRIGLICERIDOS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE AUDITIVO			HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-GLUCOMETRIA NORMAL</p> <p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>-COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS CON ALTERACION LEVE , REQUIERE CAMBIOS ALIMENTARIOS Y EN ACTIVIDAD FISICA . SE INDICA SOLICITAR CITA MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA SEGUIMIENTO Y/O TRATAMIENTO EN CASO DE SER NECESARIO . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR .</p> <p>-ALTERACION VISUAL QUE REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU ENTIDAD DE SALUD . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL AREA DE COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL,SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS</p> <p>-POR ALTERACION DE CIFRAS TENSIONALES SE INDICA SOLICITAR CITA MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA REALIZAR TOMA SERIADA DE LA PRESION ARTERIAL Y/O MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL SISTEMICA . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR .</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.

Médico

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/20



Código de Seguridad

E117K1Q37757

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MEJÍA YEPES LUIS FERNANDO

CC: 8397851



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: MEJÍA YEPES LUIS FERNANDO

Identificación: CC: 8397851

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRA 63 CLL C 23

Fecha: 20/08/2024

Fecha Nacimiento: 29/08/1958

Edad: 65 AÑOS

Estado Civil: CASADO(A)

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

RECOMENDACIONES Ocupacionales

Páusas activas e higiene postural, SVE auditivo

MÉDICO

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14

L.S.O. 10144 DE 10/11/20

PACIENTE

Firma:

Nombre: MEJÍA YEPES LUIS FERNANDO

CC: 8397851