



Nº 31.271

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	12 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANS-MILENIUM 2021 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
MENESES VELEZ GABRIEL JAIME				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	66 AÑOS	CC	8402691
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 PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
Observaciones: NO APLICA						N/A	
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				N/A			
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO		RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			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				✓	COLESTEROL		✓
GLICEMIA				✓	TRIGLICERIDOS		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE AUDITIVO : CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU EPS			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
ESPECIALISTA : , CONTINUAR SEGUIMIENTO EN SU EPS POR CIRUGÍA GENERAL PARA DEFECTO DE PARED ABDOMINAL			SVE OSTEOMUSCULAR			CONTROL DE PESO	
						DIETA BALANCEADA	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>-GLUCOSA, COLESTEROL NORMALES</li> <li>-TRIGLICERIDOS LIMITE SUPERIOR, SOLO CONTROL DIETARIO , NO GENERA RESTRICCIONES</li> <li>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>-CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE POR OÍDO DERECHO CON COMPROMISO DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES; CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON DESCENSO AUDITIVO LEVE-MODERADO POR OÍDO IZQUIERDO EN FRECUENCIAS 3-4-6-8 HZ CON CONSERVACIÓN DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES.</li> <li>-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 80 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 . CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA EN SEIS MESES .</li> <li>-PACIENTE CON DEFECTO DE PARED ABDOMINAL DE LARGA DATA YA CONOCIDO , NO GENERA RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR SU LABOR COMO CONDUCTOR . SE INDICA SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL .</li> </ul>							

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 verificadas. 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/



Código de Seguridad

**T117Z1F31271****Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MENESSES VELEZ GABRIEL JAIME

CC: 8402691



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** MENESSES VELEZ GABRIEL JAIME**Fecha:** 19/12/2023**Identificación:** CC: 8402691**Fecha Nacimiento:** 04/02/1958**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 66 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SEPARADO(A)**Dirección:** CARERRA 48 # 57 38**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HÁBITOS SALUDABLES

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

ESPECIALISTA: , CONTINUAR SEGUIMIENTO EN SU EPS POR CIRUGIA GENERAL PARA DEFECTO DE PARED ABDOMINAL , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO: CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU EPS, SVE OSTEOMUSCULAR

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

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

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: MENESSES VELEZ GABRIEL JAIME

CC: 8402691