



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.245

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	09 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
NATIONAL TOURS S.A.S				NATIONAL TOURS 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)							
ESCOBAR MUÑOZ RAUL DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	57 AÑOS	CC	98520422
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL							
Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA							
NO SE EVALUARÁN 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				✓	GLICEMIA		
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		
VISIONOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS		SVE AUDITIVO			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : CONTINUAR CONTROL POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICION		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR - PRESENTA ALTERACIÓN EN LA AGUDEZA VISUAL NO CORREGIDA, POR LO CUAL, DEBE SOLICITAR CITA CON OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA SU EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL - 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>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

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

E117K1Q38245

Aspirante o Trabajador

Raul Escobar

Firma: _____

Nombre: ESCOBAR MUÑOZ RAUL DE JESUS

CC: 98520422



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: ESCOBAR MUÑOZ RAUL DE JESUS

Identificación: CC: 98520422

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRA 58 4 58

Fecha: 04/09/2024

Fecha Nacimiento: 15/08/1967

Edad: 57 AÑOS

Estado Civil: CASADO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: CONTINUAR CONTROL POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICION

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO, SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Raul Escobar

Firma: _____

Nombre: ESCOBAR MUÑOZ RAUL DE JESUS

CC: 98520422