



Nº 36.798

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES				COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES			
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)							
TOBON PEREZ JUAN ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	42 AÑOS	CC	98696651
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
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	✓	
VISIONETRÍA				✓	COLESTEROL	✓	
GLICEMIA				✓	TRIGLICERIDOS	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR		SVE CARDIOVASCULAR			HÁBITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIONISTA							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-GLUCOMETRIA ADECUADA PARA SU CONDICION METABOLICA DE BASE .</p> <p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO.</p> <p>-COLESTEROL NORMAL.</p> <p>-TRIGLICERIDOS CON LEVE ALTERACION YA EN TRATAMIENTO .</p> <p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICION MEDICA DE ORIGEN METABOLICO , SE REFUERZA LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS , ADICIONALMENTE SE LE SOLICITA RESULTADO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA MENOR A 3 MESES O NUEVA PARA ANEXAR A LA HISTORIA CLINICA .</p>							
<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**

Firma:

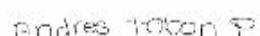
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

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



Código de Seguridad

**X117D1J36798****Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: TOBON PEREZ JUAN ANDRES

CC: 98696651



NIT : 901154336-9  
 Cel. 301 251 9764  
 Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
 gerenciamasmedicos@masmedellin.com

**RECOMENDACIONES****Paciente:** TOBON PEREZ JUAN ANDRES**Fecha:** 16/07/2024**Identificación:** CC: 98696651**Fecha Nacimiento:** 25/05/1982**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 42 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CLL 105 # 43 B - 10**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, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: EN SU PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIONISTA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

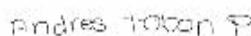
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE CARDIOVASCULAR

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

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

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: TOBON PEREZ JUAN ANDRES

CC: 98696651