



Nº 33.973

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

03 DÍA	04 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL <b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>
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)

RODRIGUEZ LONDOÑO YHOHAN STIWEN

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	41 AÑOS	CC 98697434

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
---	-----

<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>	<b>TIPO</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>
--------------------------------	-------------	------------------------

SIN RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

NO APLICA

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y COLUMNA	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
VISIONETRÍA	✓	PSICOACTIVO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
-------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	HABITOS SALUDABLES
------------------------------------	--------------------	--------------------

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------

VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA INTERNA-NUTRICIÓN		DIETA BALANCEADA
---	--	------------------

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- GLUCOMETRIA ALTERADA, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO
- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (TIPO 2) PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN EL AREA DE PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO, ESTA PRESENTE ALTERACIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.
- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL.
- SOLICITAR CITA CON MÉDICO GENERAL DE SU EPS PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO; REALIZAR TOMA SERIADA DE CIFRAS TENSIONALES O EL MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL
- POR AUMENTO EN LAS CIFRAS DE GLUCEMIA (AZÚCAR EN LA SANGRE), SE SUGIERE SOLICITAR CITA MÉDICA EN SU EPS Y/O REALIZAR EXAMEN DE LABORATORIO COMPLEMENTARIO (HEMOGLOBINA GLICADA: HBA1C O PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA: PTOG) PARA TAMIZACIÓN PUES LO ANTERIOR PODRÍA INDICAR UNA ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS (AZÚCAR); POR AHORA, NO GENERA RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

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**

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

**W117C1I33973****Aspirante o Trabajador**

YHOHAN STIEN

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ LONDOÑO YHOHAN STIEN

CC: 98697434

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** RODRIGUEZ LONDOÑO YHOHAN STIEN**Fecha:** 03/04/2024**Identificación:** CC: 98697434**Fecha Nacimiento:** 18/07/1982**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 41 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CR 69 A# 93-55**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: MEDICINA INTERNA- NUTRICION

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE CARDIOVASCULAR

**MÉDICO**

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

**PACIENTE**

YHOHAN STIEN

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ LONDOÑO YHOHAN STIEN

CC: 98697434