



Nº 33.375

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 DÍA	03 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
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)							
CASTAÑO GAVIRIA JHON EDISON				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	38 AÑOS	CC	98765070
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</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b> <b>PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
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				✓	GLICEMIA		✓
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓
VISIONETRÍA				✓	PSICOACTIVO		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR MANEJO POR NEUROLOGÍA Y FISIOTERAPIA EN SU EPS		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN							
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- GLUCOMETRIA ALTERADA, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>- 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</li> <li>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL AREA DE PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO , LA PRESENTE ALTERACION 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.</li> <li>- TRABAJADOR CON ALTERACION NEUROMUSCULAR EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO EN MANEJO EN LA EPS. DEBE CONTINUAR SEGUMIENTO POR ESPECIALISTA EN SU ENTIDAD DE SALUD.</li> <li>- INFORMAR AL ENCARGADO DE SST DE SU EMPRESA SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD</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

Raoul Zapata



Código de Seguridad

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407

A117G1M33375

### Aspirante o Trabajador

Jhon Gaviria

Firma:

Nombre: CASTAÑO GAVIRIA JHON EDISON

CC: 98765070



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** CASTAÑO GAVIRIA JHON EDISON

**Fecha:** 08/03/2024

**Identificación:** CC: 98765070

**Fecha Nacimiento:** 06/09/1985

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 38 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Dirección:** CLL 53 # 20- 27

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR MANEJO POR NEUROLOGÍA Y FISIOTERAPIA EN SU EPS, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICIÓN

## RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

## MÉDICO

Raoul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

## PACIENTE

Jhon Gaviria

Firma:

Nombre: CASTAÑO GAVIRIA JHON EDISON

CC: 98765070