

Ciudad: MANIZALES	Fecha: 07-09-2022	
Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS	Cargo: CONDUCTOR	
Nombre completo: DIEGO ALEJANDRO VILLA LEMUS	Fecha de nacimiento: 02-10-2003	
Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA	Número de identificación: 1002900749	
Dirección: CRA 7 41 80	Edad: 18	
EPS: SALUD TOTAL S.A.	Teléfono: - 3234436077	
ARL:	Sexo: HOMBRE	
Tipo de Examen: INGRESO		

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR

AUDIOMETRÍA: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

LABORATORIO: SPA: NEGATIVO

ESPIROMETRÍA: NORMAL: SPIROMETRIA SIMPLE SIN ALTERACIONES VENTILATORIAS

VIISIOMETRÍA: OPTOMETRÍA: VISIÓN BILATERAL NORMAL

OTROS: EXAMEN PSICOSENSOMETRICO, APTITUD MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ APTO CUMPLE RES 1565 DEL 2014

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI

RECOMENDACIONES MÉDICAS

ESTIRAMIENTO DIARIO, SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE, MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LA COVID19: LAVAR LAS MANOS, MANTENER UNA DISTANCIA DE SEGURIDAD CON PERSONAS, LIMPIAR Y DESINFECTAR LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TIENES CONTACTO Y PROCURAR EL USO DE TAPABOCAS EN REUNIONES O AGLOMERACIONES. LAS DEMÁS RECOMENDADAS DADAS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN SST DE LA EMPRESA.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (P.V.E.)

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USAR EPI (ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL), EN ESPECIAL: ACATAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO PARA EVITAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES, BUSCAR ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRAJABO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ORDEN Y ASEO EN SU PUESTO DE TRABAJO, AVISAR CUALQUIER INCIDENTE O EVENTO PARA LA SALUD QUE LE SUCEDA INMEDIATAMENTE POR PEQUEÑO QUE PAREZCA, CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS EN EL DESARROLLO DE SU LABOR, SI REALIZA TAREAS DE ALTO RIESGO VERIFICAR SIEMPRE EL ESTADO DE SUS HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANTES DE INICIAR Y DAR AVISO DE LAS CONDICIONES PELIGROSAS.

RESTRICCIONES

CONCEPTO MÉDICO:

COLABORADOR SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE.

VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR SIN LIMITACIÓN O SECUELAS FÍSICAS QUE IMPIDAN REALIZAR LA LABOR

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS DENTRO DE LA NORMALIDAD

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgo del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la respectiva asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el(os) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Centro Médico Belén para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica de salud ocupacional. Las respuestas dada por mi en este(os) son verídicos y son completos. Autorizo a la Centro Médico Belén para que suministre a mi empresa y/o a las entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación.



Diego Villa

FIRMA MÉDICO

NOMBRE MÉDICO: VIVIANA ZULUAGA CARDONA

REGISTRO MÉDICO: 17021

FIRMA PACIENTE

CEDULA DE CIUDADANIA: 1002900749