



CONCEPTO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y hora de atención: 29/01/2026 - 08:23 am

Lugar: Manizales

Paciente: YEFERSON
EDUARDO AYALA MARTINEZ

Identificación: CC
1007651581

Género: MASCULINO

Fecha de nacimiento:
02/07/1999

Edad: 26

Escolaridad: BÁSICA
SECUNDARIA COMPLETA

Estado civil: SOLTERO

Dirección: VRDA PALMA SOLA

Empresa: TRANSRUMBO

Filial: NO REGISTRA

Tipo de examen: INGRESO

Cargo: CONDUCTOR

EPS: SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN
SUBSIDIADO S.A.

ARL: NO REGISTRA

Teléfono: NO REGISTRA

Móvil: 3147201791



EXÁMENES REALIZADOS

PROCEDIMIENTO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA
AUDIOMETRIA SOD
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL
ESPIROMETRIA SOD
GLUCOSA EN SUERO
PERFIL LIPIDICO COMPLETO
DROGAS DE ABUSO (THC - COC)
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA
PRUEBA TEORICO - PRACTICA DE CONDUCCION

ESTADO

Realizado
Realizado
Realizado
Realizado
Realizado
Realizado
Realizado
Realizado
Realizado

ÉNFASIS

OSTEOMUSCULAR
CONDUCCIÓN

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR
APTO PARA CONDUCCION
EVALUACION OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIA

OBSERVACIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

NO APLICA

RECOMENDACIONES GENERALES

- SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO, INCREMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, ASÍ COMO PREFERIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON MENOS CONTENIDO DE SAL, AZÚCAR Y GRASAS
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR
- PAUTAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
- LAVADO DE MANOS FRECUENTE

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

NO APLICA

OBSERVACIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

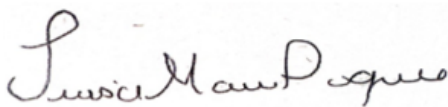
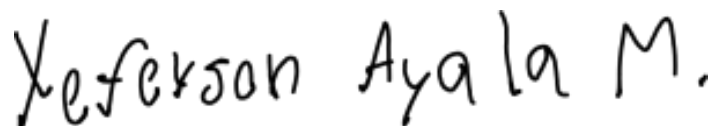
- HIGIENE POSTURAL.
- USO EPP LOS QUE REQUIERA DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD.
- PAUSAS ACTIVAS ANTES Y DURANTE LA JORNADA , SEGUN INDICACION
- REPORTAR LOS ACCIDENTES E INCIDENTES OCURRIDOS EN LA JORNADA LABORAL
- ESTIRAMIENTO MUSCULAR AL FINAL DE LA JORNADA LABORAL

OBSERVACIONES: NO APLICA

RESTRICCIONES

- SIN RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paraclínico(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 paraclínico(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 realizara el(los) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Centro Médico Belén para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí 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.

LUISA MARIA DUQUE CRUZ
Licencia médica: 1841

YEFERSON EDUARDO AYALA MARTINEZ
CC: 1007651581