



## CONCEPTO MÉDICO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y hora de atención:** 11/02/2026 - 08:00 am

**Lugar:** Manizales

**Paciente:** JHON REYVER RAMIREZ SANCHEZ

**Identificación:** CC 1060596792

**Género:** MASCULINO

**Fecha de nacimiento:** 25/12/1997

**Edad:** 28

**Escolaridad:** BÁSICA SECUNDARIA COMPLETA

**Estado civil:** CASADO

**Dirección:** VRDA LAS VAGAS

**Empresa:** TRANSRUMBO

**Filial:** NO REGISTRA

**Tipo de examen:** INGRESO

**Cargo:** CONDUCTOR

**EPS:** NUEVA EPS S.A.

**ARL:** NO REGISTRA

**Teléfono:** NO REGISTRA

**Móvil:** 3127246145



### 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

#### ESTADO

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
- LAVADO DE MANOS FRECUENTE
- PAUTAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

NO APLICA

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

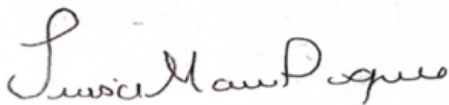
- USO EPP LOS QUE REQUIERA DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD.
- HIGIENE POSTURAL.
- REPORTAR LOS ACCIDENTES E INCIDENTES OCURRIDOS EN LA JORNADA LABORAL
- PAUSAS ACTIVAS ANTES Y DURANTE LA JORNADA , SEGUN INDICACION
- ESTIRAMIENTO MUSCULAR AL FINAL DE LA JORNADA LABORAL

**OBSERVACIONES:** NO APLICA

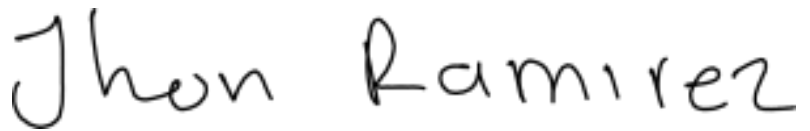
**RESTRICCIONES**

- 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



JHON REYVER RAMIREZ SANCHEZ  
CC: 1060596792