



CONCEPTO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y hora de atención: 19/09/2025 - 08:56 am

Lugar: Manizales

Paciente: SANTOS BIANOR
ROMERO RODRIGUEZ

Identificación: CC 15924481

Género: MASCULINO

Fecha de nacimiento:
20/04/1980

Edad: 45

Escolaridad: BÁSICA
SECUNDARIA COMPLETA

Estado civil: UNION LIBRE

Dirección: KRA 6 # 15 - 35

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: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES

Teléfono: NO REGISTRA

Móvil: 3208603552



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

ÉNFASIS

OSTEOMUSCULAR

CONDUCCIÓN

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR

EVALUACION OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIA

APTO PARA CONDUCCION

OBSERVACIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- CONTROL OPTOMETRIA EN EPS

- CONTROL ODONTOLOGIA
- SE REMITE A SU EPS PARA VALORACION POR HIPERCOLESTEROLEMIA

RECOMENDACIONES GENERALES

- PAUTAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
- LAVADO DE MANOS FRECUENTE
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR
- 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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

NO APLICA

OBSERVACIONES: NO APLICA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

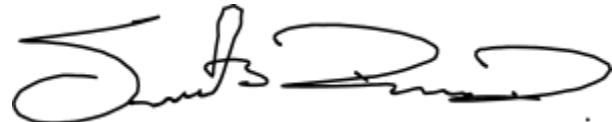
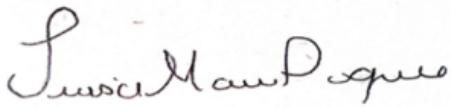
- REPORTAR LOS ACCIDENTES E INCIDENTES OCURRIDOS EN LA JORNADA LABORAL
- PAUSAS ACTIVAS ANTES Y DURANTE LA JORNADA , SEGUN INDICACION
- USO EPP LOS QUE REQUIERA DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD.
- HIGIENE POSTURAL.
- ESTIRAMIENTO MUSCULAR AL FINAL DE LA JORNADA LABORAL

OBSERVACIONES: NO APLICA

RESTRICCIONES

- SIN RESTRICCIONES MÉDICAS 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

SANTOS BIANOR ROMERO RODRIGUEZ
CC: 15924481