



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.536

| | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|-----------------------------------|--|---------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 22 DÍA | 04 MES | 2024 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| TRANSPORTE ESPECIAL GLOBO SAS | | | | TRANSPORTE ESPECIAL GLOBO 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) | | | | | | | |
| CANO PIEDRAHITA VALENTINA | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | FEMENINO | 20 AÑOS | CC | 1018222626 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo AUX CONTABLE | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL) | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | | |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | | | N/A |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | | TIPO | | RECOMENDACIONES | |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | | | | NO APLICA | | NO APLICA | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA | | | | VISIOMETRÍA | | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | ----- | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | HABITOS SALUDABLES | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | | CONTROL DE PESO | |
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION | | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| - SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR | | | | | | | |
| 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 verídicas. 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  Firma: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407 | | | | Aspirante o Trabajador  Firma: _____ Nombre: CANO PIEDRAHITA VALENTINA CC: 1018222626 | | | |
|  Código de Seguridad N117T1Z34536 | | | | | | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: CANO PIEDRAHITA VALENTINA

Fecha: 22/04/2024

Identificación: CC: 1018222626

Fecha Nacimiento: 27/01/2004

Cargo: AUX CONTABLE

Edad: 20 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 103 E # 63 E - 47

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

PACIENTE

Valentina Cano

Firma: _____

Nombre: CANO PIEDRAHITA VALENTINA

CC: 1018222626