



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 35.854

| | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|---|--|---|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
| 11 DÍA | 06 MES | 2024 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | |
| | | | | Ciudad | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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) | | | | | | |
| TANGARIFE MESA LINA PAOLA | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| | | | | FEMENINO | 26 AÑOS | CC |
| Apellidos y Nombres | | | | | Tipo | Número |
| Cargo AUXILIAR LOGISTICA | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO) | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | TIPO | RECOMENDACIONES | | |
| NO APLICA | | | 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 | | | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | |
| Médico | | | Aspirante o Trabajador | | | |
|  Firma: _____ Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/ | | |  Firma: _____ Nombre: TANGARIFE MESA LINA PAOLA CC: 1035305403 | | | |
|  Código de Seguridad A117G1M35854 | | | | | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: TANGARIFE MESA LINA PAOLA

Fecha: 11/06/2024

Identificación: CC: 1035305403

Fecha Nacimiento: 10/11/1997

Cargo: AUXILIAR LOGISTICA

Edad: 26 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CR 99 A A # 65E -29

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO



Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20:

PACIENTE



Firma:

Nombre: TANGARIFE MESA LINA PAOLA

CC: 1035305403