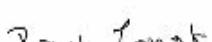


Nº 32.839

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
16 DÍA	02 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)						
MOLINA JURADO CLAUDIA				Genero	Edad	Documento de Identificación
				FEMENINO	25 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo ASESORA COMERCIAL						
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 OSTEO muscular Y COLUMNA			✓	VISIOMETRÍA		✓
AUDIOMETRÍA			✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES MÉDICOS EN SU EPS		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN						
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
- DEBE CONTINUAR CONTROLES EN SU EPS POR ALTERACIÓN DEL SISTEMA ENDOCRINOLÓGICO, AL IGUAL QUE LA TOMA JUICIOSA DE LOS MEDICAMENTOS EN DOSIS Y HORARIOS ESTABLECIDOS. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES LABORALES PARA EL OFICIO						
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			Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____			 Firma: _____			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407			Nombre: MOLINA JURADO CLAUDIA CC: 1039473997			
 Código de Seguridad			A117G1M32839			

RECOMENDACIONES

Paciente: MOLINA JURADO CLAUDIA

Fecha: 16/02/2024

Identificación: CC: 1039473997

Fecha Nacimiento: 10/01/1999

Cargo: ASESORA COMERCIAL

Edad: 25 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 51 # 65-208

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS, 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



Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: MOLINA JURADO CLAUDIA

CC: 1039473997