



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.936

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	02 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)							
RODRIGUEZ RONDON DANILO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	28 AÑOS	CC	1077469672
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
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				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
AUDIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
VISIONOMETRÍA				-----			
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 : CONTROL POR NUTRICIONISTA						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
<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>							
<b>Médico</b>  Firma: Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/				<b>Aspirante o Trabajador</b>   Código de Seguridad <b>X117D1J32936</b> Firma: Nombre: RODRIGUEZ RONDON DANILO CC: 1077469672			

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** RODRIGUEZ RONDON DANILO

**Identificación:** CC: 1077469672

**Cargo:** CONDUCTOR

**Género:** MASCULINO

**Dirección:** CR 56 B # 63 B 62

**Fecha:** 20/02/2024

**Fecha Nacimiento:** 18/11/1995

**Edad:** 28 AÑOS

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

### 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:** RODRIGUEZ RONDON DANILO

**CC:** 1077469672