



Nº 43.152

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

10 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				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)

FLOREZ MEJIA JUAN FERNANDO

Genero

MASCULINO

Edad

35 AÑOS

CC

1152184266

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

CONDUCTOR

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

NO APLICA

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
COLUMNIA



PRUEBA PSICOSENSOMETRICA



AUDIOMETRÍA



PSICOACTIVO



VISIONETRÍA



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROL DE RCV

SVE AUDITIVO

HABITOS SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

CONTROL DE PESO

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

HACER DEPORTE

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA

- USAR PROTECCIÓN AUDITIVA PERMANENTE PARA EXPOSICIÓN A RUIDO , CONTROL AUDIOMETRIA EN 6 MESES

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: CC: 1036623113 - ANA MARIA CRUZ

R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FLOREZ MEJIA JUAN FERNANDO

CC: 1152184266



Código de Seguridad

R117X1D43152

RECOMENDACIONES

Paciente: FLOREZ MEJIA JUAN FERNANDO

Fecha: 10/02/2025

Identificación: CC: 1152184266

Fecha Nacimiento: 22/11/1989

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 35 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 57 B # 102A -89

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTROL DE RCV, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO

MÉDICO

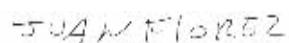


Firma:

Nombre: CC: 1036623113 - ANA MARIA CRUZ

R.M. CMC217-18888 L.S.O 2022060356577

PACIENTE



Firma:

Nombre: FLOREZ MEJIA JUAN FERNANDO

CC: 1152184266