



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.950

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 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)							
USMA TORRES ANCIZAR ARTURO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	48 AÑOS	CC	71758223
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	
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			
VISIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA			SVE AUDITIVO			HABITOS SALUDABLES	
			SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA DE COORDINACIÓN VISIOMOTRIZ BIMANUAL LA PRESENTE ALRETRACIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>- EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. REQUIERE CONTROL Estricto por OTORRINOLARINGOLOGIA PARA DEFINIR ADAPTACION DE AYUDA AUDITIVA DE ACUERDO A EVOLUCION (RES 30355 DE 2022).</p> <p>- REALIZAR CONTROLES DE CIFRAS TENSIONALES EN SU EPS, AL IGUAL QUE LA TOMA JUICIOSA DE LOS MEDICAMENTOS EN DOSIS Y HORARIOS ESTABLECIDOS. ESTA CONDICIÓN NO LIMITA SU DESEMPEÑO LABORAL.</p> <p>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</p>							
<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

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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



Código de Seguridad

H117N1T33950

Aspirante o Trabajador

Raul -

Firma: _____

Nombre: USMA TORRES ANCIZAR ARTURO

CC: 71758223



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: USMA TORRES ANCIZAR ARTURO

Identificación: CC: 71758223

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CR 94 A # 48 A -03

Fecha: 02/04/2024

Fecha Nacimiento: 01/12/1975

Edad: 48 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO, SVE CARDIOVASCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

VALORACIÓN POR EPS: OTORRINOLARINGOLOGIA

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

PACIENTE

Raul -

Firma: _____

Nombre: USMA TORRES ANCIZAR ARTURO

CC: 71758223