



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 50.875

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	09 MES	2024 AÑO	SEGOVIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
NORDESTE DE TRANSPORTES PUNTO CLAVE S.A.S.				NORDESTE DE TRANSPORTES PUNTO CLAVE S.A.S.			
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)							
PALACIO LOAIZA MARIA FERNANDA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	27 AÑOS 4 MESES 7 DÍAS	CC	1038547430
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA (EPS)							
Observaciones: NO APLICA							
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS							NO APLICA
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS							NO APLICA
CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS							NO APLICA
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				CUADRO HEMÁTICO			
AUDIOMETRÍA				GLICEMIA			
VISIOMETRÍA				CONSENTIMIENTO INFORMADO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : - E669 - D649 -							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- IMC: 36.4 - NOTA: D649: (ANEMIA DE TIPO, NO ESPECIFICADO) - HGB: 6.5 GR/DL - IR A LA EPS - VALORACION POR MEDICINA INTERNA							
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 mi en este examen son completas, verídicas y no oculto ninguna patología preexistente y/o accidente que haya sufrido. 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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: IZAQUITA FLOREZ MARCOS SERGIO R. M.: 8387 / 87 - MINSALUD L.S.O.: 2022060368025 - 31/O				 Firma: _____ Nombre: PALACIO LOAIZA MARIA FERNANDA CC: 1038547430			