



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 42.689

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---------------------------|--|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 11 DÍA | 05 MES | 2025 AÑO | EVALUACION OCUPACIONAL PAQ CONDUCTORES INGRESO | | | |
| BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) | | | Ciudad | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | |
| PARTICULARES CONTADO | | | PARTICULARES | | | |
| 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) | | | | | | |
| SUAREZ MORALES YUDI ANDREA | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | FEMENINO | 47 AÑOS 7 MESES 6 DÍAS | CC | 52357854 |
| Apellidos y Nombres | | | | | Tipo | Número |
| Teléfono: 3133131351 | | Cargo: CONDUCTOR OPERARIO | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | | | |
| SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO, CON RECOMENDACIONES | | | | | | |
| Observaciones: USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE. CONTINUAR CONTROLES Y SEGUIMIENTO PERIODICO EN EPS | | | | | | |
| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | TIPO | RECOMENDACIONES | | |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | | | NO APLICA | NO APLICA | | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | |
| EVALUACION MEDICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR PAQ CONDUCTORES | | | ✓ | AUDIOMETRIA PAQ | | ✓ |
| VISIONETRIA PAQ | | | ✓ | PRUEBA PSICOMOTRIZ PAQ | | ✓ |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| CONTINUAR SEGUIMIENTO Y MANEJO MEDICO PARA PATOLOGIA DE BASE. | | SE RECOMIENDA INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR. | | | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HIGIENE POSTULAR, PAUSAS ACTIVAS. PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19 | |
| MEDICACION DE USO ESTRICTO DIARIO. | | SE RECOMIENDA USO DE MEDIAS ANTIVARICE DURANTE JORNADA LABORAL. | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL. | |
| VALORACION POR NUTRICION, DIETA Y EJERCICIO. | | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL. | | | | |
| VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN EPS. | | SE RECOMIENDA INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VISUAL | | | | |
| CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS PARA VALORACION Y CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES. | | | | | | |
| CONTROL POR MEDICINA INTERNA / ENDOCRINOLOGIA EN EPS PARA CONTROL METABOLICO. | | | | | | |
| CONTROL AUDIOMETRICO. : ANUAL | | | | | | |
| ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR. | | | | | | |
| CONTROL POR OPTOMETRIA | | | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | |
| <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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p> | | | | | | |

Médico

Diana R. Gómez Afan
Diana Marcela Gómez Afan
Medico E.S.O
U. Javeriana
LIC. 1997

Firma:

Nombre: CC: 52817136 - DIANA MARCELA GOMEZ

R. M.: 52817136



Código de Seguridad

L.S.O.: 1997 DE 16/02/2017 **N594T1Z42689****Aspirante o Trabajador**

Yudi Suarez

Firma:

Nombre: SUAREZ MORALES YUDI ANDREA

CC: 52357854