



DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmail.com
www.doctorhouseips.com



N° 53.893

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	08 MES	2025 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				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)							
BAYONA JIMENEZ MANUEL ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	66 AÑOS 5 MESES 28 DÍAS	CC	6762781
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO				EXAMEN OSTEO MUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
DECLARO HABER SIDO INFORMADO (A) POR DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S Y/O POR EL MEDICO TRATANTE, SU GRUPO DE PROFESIONALES Y/O TECNICOS ASISTENTES QUE REALICEN EN MI PROPIA PERSONA O PARA MI APODERADO MENOR DE EDAD O CON DISCAPACIDAD EL O LOS PROCEDIMIENTOS SEÑALADOS A CONTINUACION, ASI COMO LA TOMA DE FOTOGRAFIA CON DESTINO A LA IDENTIFICACION DE MIS RESULTADOS. 1. EL PROFESIONAL O TECNICO ABAJO FIRMANTE, EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981 (ART 15 Y 16) ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS IMPLICITOS EN LA REALIZACION DE EXAMENES CLINICOS, PARA CLINICOS Y/O LOS PROCEDIMIENTOS DE SUS EFECTOS Y CONSECUENCIAS Y CUIDADOS POSTERIORES A DICHO PROCEDIMIENTO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES Y EXIMO AL PROFESIONAL Y A SU GRUPO DE TRABAJO DE RESPONSABILIDAD ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE SE PRESENTE. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO RECONOZCO QUE LO HE LEIDO O QUE ME HA SIDO LEIDO Y EXPLICADO Y QUE COMPRENDO PERFECTAMENTE SU CONTENIDO. COMPRENDO Y ACEPTO QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO PUEDEN APARECER CIRCUNSTANCIAS IMPREVISIBLES O INESPERADAS, QUE PUEDAN REQUERIR UNA EXTENSION DEL PROCEDIMIENTO ORIGINAL O LA REALIZACION DE OTRO PROCEDIMIENTO NO MENCIONADO ARRIBA. 2. ACEPTO QUE LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y QUE NO SE ME HAN GARANTIZADO LOS RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LOS EXAMENES MEDICOS Y PARA CLINICOS O PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, EN EL SENTIDO DE QUE LA PRACTICA DE ESTOS EXAMENES QUE REQUIERO COMPROMETE UNA ACTIVIDAD DE MEDIO, PERO NO DE RESULTADOS. 3. ENTIENDO QUE SI NO INFORMO ADECUADAMENTE Y CON LA VERDAD TODOS LOS DATOS NECESARIOS, SE PUEDE OCASIONAR CONFUSION EN EL DIAGNOSTICO O ERROS EN LA SELECCION DEL TRATAMIENTO QUE BUSCA MI BIENESTAR O CALIFICACION DE APTITUD SIN QUE ESTOS RESULTADOS SEAN ATRIBUIBLES AL PROFESIONAL MEDICO Y/O TECNICO ASISTENCIAL. 4. IGUALMENTE COMPRENDO COMO ADULTO Y MAYOR DE EDAD, O EN CASO DE APODERADO PARA CON MI APODERADO, QUE LA PRACTICA DE EXAMENES CLINICOS COMPRENDE LA INSPECCION, OBSERVACION, PALPACION, AUSCULTACION, PERCUSION, Y TODAS LAS CLASES DE TECNICAS MEDICAS LICITAS PARA LAS CUALES ESTAN FACULTADO EL EQUIPO MEDICO Y A SU EQUIPO DE TRABAJO Y ENTIENDO QUE HACEN PARTE DE LA PRACTICA MEDICA PARA LA ELABORACION DE UN DIAGNOSTICO CLINICO. 5. DE IGUAL MANERA SE ME HA INFORMADO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO O RENUNCIAR A LA PRACTICA DE LOS MISMOS, CUANDO CONSIDERE QUE SE ESTA INCURSIONANDO POR PARTE DEL PROFESIONAL EN FALTAS A LA MORAL O A LA ETICA DE QUE TRATA LA LEY 23 DE 1981, DE LO CONTRARIO SI NOR ENUNCIO A ESTE DERECHO ACEPTO QUE HUBO FALTAS EN TAL SENTIDO POR PARTE DEL EQUIPO MEDICO Y/O TECNICO ASISTENCIAL DE LA INSTITUCION. 6. EXONERO AL EQUIPO MEDICO Y A SUS TECNICOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EMANADA DE LA ENTREGA QUE NO HAGA DE LA COPIA DE LA HISTORIA CLINICA A CUALQUIER EMPLEADOR Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD POR EL LEVANTAMIENTO DE LA RESERVA QUE SOBRE LA HISTORIA CLINICA YO HAGA AL ENTREGAR COPIA DE ESTA A CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD. 7. EL TRABAJADOR - PACIENTE AUTORIZA A DOCTOR HOUSE IPS SAS A DIVULGAR RESULTADOS DE SU EVALUACION CON DESTINO A EMPLEADOR, ARL Y EPS Y AFP, PARA CONOCIMIENTO DE SUS PATOLOGIAS E INCLUSION EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA QUE BENEFICIEN SU SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA, HABIENDO RECIBIDO LA EXPLICACION DE LOS BENEFICIOS DE LA REALIZACION DE ESTOS EXAMENES.							

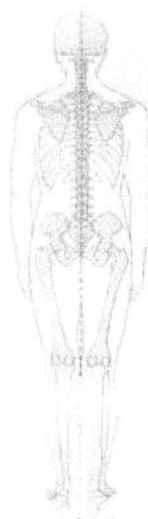
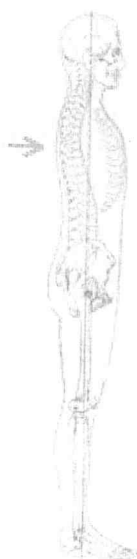
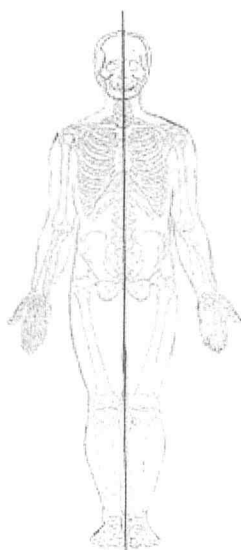


VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Fecha: 12/08/2025 Ciudad: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)
Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTE Empresa: PARTICULARES
CC: 6762781 Nombre: BAYONA JIMENEZ MANUEL ANTONIO Edad: 66 AÑOS 5 MES Peso: 78.00 Talla: 163
Cargo: CONDUCTOR Funciones del cargo: CONDUCTOR

Evaluación Postural

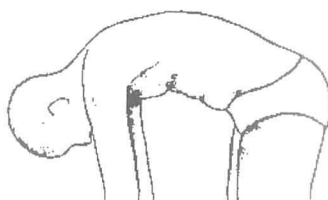


	MID	MII	MSD	MSI
Longitud Real	98	98	65	65
Longitud Aparente	101	101	68	68



EXTENSIBILIDAD

NORMAL



FLEXIBILIDAD DE COLUMNA

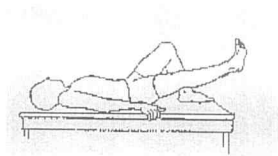
NORMAL



FLEXIBILIDAD DE HOMBROS

Izq: NORMAL

Der: NORMAL



ADUCTORES

Izq: LEVE

Der: LEVE

GASTRONEMIOS

Izq: LEVE

Der: LEVE

ISQUIOTIBIALES

Izq: LEVE

Der: LEVE

SEMIOLÓGICAS	IZQUIERDA	DERECHA
BOSTEZO MEDIAL	NO	NO
BOSTEZO LATERAL	NO	NO
CAJÓN ANTERIOR	NO	NO
CAJÓN POSTERIOR	NO	NO
THOMAS	NO	NO
OBER	NO	NO
ELY	NO	NO
LASÉGUE	NO	NO

FASE BALANCEO	IZQUIERDA	DERECHA
ACELERACIÓN	NO	NO
BALANCEO MEDIO	NO	NO
DESACELERACIÓN	NO	NO

FASE APOYO	IZQUIERDA	DERECHA
CHOQUE DE TALÓN	NO	NO
APOYO PLANTAR	NO	NO
APOYO MEDIO	NO	NO
EMPUJE	NO	NO

OBSERVACIONES
NORMAL

Profesional

Firma:

Nombre: CC: 6770148 - CARLOS ALBERTO PEREZ

R. M.: 914-97 L.S.O.: 1122



Código de Seguridad
M641S5Y23424

Trabajador

Firma:

Nombre: BAYONA JIMENEZ MANUEL ANTONIO

CC 6762781