



Nº 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

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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  
Apellidos y Nombres

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	66 AÑOS 5 MESES 28 DIAS	CC	6762781

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	<input checked="" type="checkbox"/>	EXAMEN OSTEOMUSCULAR	<input checked="" type="checkbox"/>
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, PARACLINICOS 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 IMPREVISTAS 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 PARACLINICOS 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. ENTENDO 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 APROBANTE PARA CON MI APORADO, 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 ENTENDO 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 INCUSIONANDO 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 ENUNCIÓ 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 BENEFICEN SU SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA, HABIENDO RECIBIDO LA EXPLICACION DE LOS BENEFICIOS DE LA REALIZACION DE ESTOS EXAMENES.

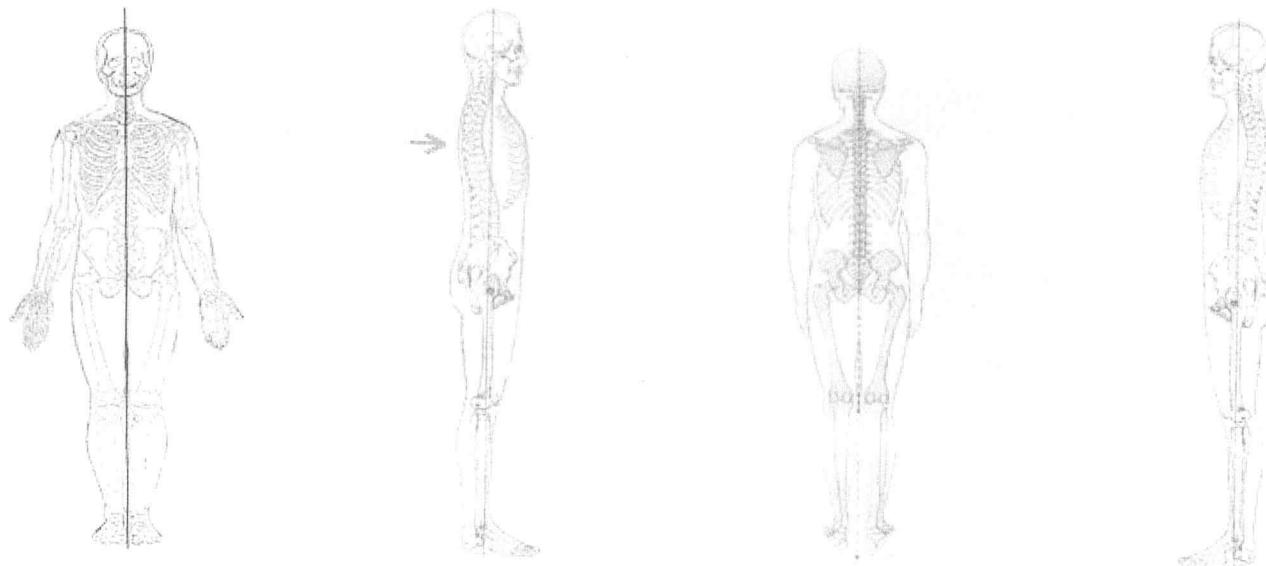


## VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

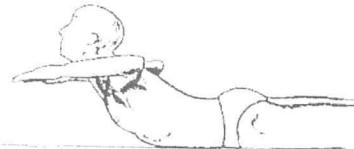
### DATOS PERSONALES

Fecha: 12/08/2025 Ciudad: TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)  
 Tipo Evaluacion 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

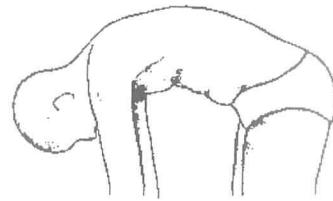


	MID	MII	MSD	MSI
Longitud Real	98	98	65	65
Longitud Aparente	101	101	68	68



EXTENSIBILIDAD

NORMAL



FLEXIBILIDAD DE COLUMNAS

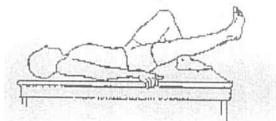
NORMAL



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  
BALANCEO MEDIO  
DESACELERACIÓNNO  
NO  
NONO  
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