



N° 69.852

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | | |
|--|-----------|----------------------------|--------------------------------|--|---------------------------|-------------------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 19 DÍA | 06 MES | 2024 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO | | | |
| Ciudad | | | | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S | | | | CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL 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) | | | | | | | |
| ECHEVERRI ARANGO JOHN WILLIAM | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| Apellidos y Nombres | | | | MASCULINO | 60 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS | CC | 71664963 |
| Teléfonos | | | | Dirección | | | |
| 3127786764 | | | | CR 32 N 38 B 33 | | | |
| CARGO | | | | EPS | AFP | ARL | |
| CONDUCTOR | | | | EPS SURA | COLPENSIONES | NO REFIERE | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | | | | |
| SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | | |
| APTO | | PARA LABORES DE CONDUCCIÓN | | | | | |
| 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 | | | | PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2 | | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | EXAMEN PSICOSENSOMETRICO | | | |
| VISIOMETRÍA | | | | ----- | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : EN VISION CERCANA DE SU LABOR | | | | USO DE EPP | | HABITOS SALUDABLES | |
| | | | | SVE VISUAL | | | |
| | | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| **USO DE LENTES FORMULADOS EN VISION CERCANA DE SU LABOR** | | | | | | | |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: | | | | | | | |
| <p>Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.</p> <p>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 legislación vigente.</p> <p>Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.</p> | | | | | | | |