

**Nº 68.761**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

06 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				<b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO</b>

Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**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)

BECERRA ACEVEDO JULIO CESAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 3 MESES 8 DÍAS	CC	71743092
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Teléfonos

3045593626

Dirección

CLLE 75 N 70 179

CARGO

CONDUCTOR

EPS

EPS SURA

AFP

COLPENSIONES

ARL

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	✓
VISIONETRÍA	✓	-----	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ASISTIR A CONTROLES DE PATOLOGÍA DE BASE EN EPS USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA CON OPTOMETRÍA Y NUTRICIÓN EPS	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS HIGIENE PERSONAL FRECUENTE	
	ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS	

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

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.

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.

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 diagnósticas necesarias para la conceptualización del mismo.

**Médico**



Firma:

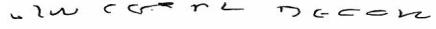
Nombre: CHADID DIAZ ALEJANDRA

R. M.: 1605-02

L.S.O.: 127591



**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: BECERRA ACEVEDO JULIO CESAR

CC: 71743092

Código de Seguridad

**B1177H1N68761**