



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.627

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
RUTAS VERDE Y BLANCO SAS				RUTAS VERDE Y BLANCO SAS			
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)							
SANCHEZ GONZALEZ FEDERICO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	22 AÑOS	CC	1000759176
Cargo				Tipo			
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APLICA				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO		
VISIOMETRÍA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				SVE CARDIOVASCULAR		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				SVE OSTEOMUSCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR NUTRICIÓN.						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- TÓXICOS EN ORINA: NO REACTIVO.							
<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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CONTRERAS PIERUCCINI MICHELLE PAOLA R. M.: 1104872693 L.S.O.: 2024060080861				 Código de Seguridad R117X1D42627 Firma: _____ Nombre: SANCHEZ GONZALEZ FEDERICO CC: 1000759176			

RECOMENDACIONES

Paciente: SANCHEZ GONZALEZ FEDERICO

Fecha: 24/01/2025

Identificación: CC: 1000759176

Fecha Nacimiento: 11/07/2002

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 22 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 58 # 29 14

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: VALORACIÓN POR NUTRICIÓN.

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: CONTRERAS PIERUCCINI MICHELLE PAOL

R.M. 1104872693 L.S.O 2024060080861

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: SANCHEZ GONZALEZ FEDERICO

CC: 1000759176