



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 33.515

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	03 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)							
VALLEJO FRANCO JOHNNY ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	28 AÑOS	CC	1035230805
						Tipo	Número
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				
SIN RESTRICCIONES LABORALES		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				<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	<input checked="" type="checkbox"/>	
AUDIOMETRÍA				<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>	
VISIOMETRÍA				<input checked="" type="checkbox"/>	-----	<input checked="" type="checkbox"/>	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR TRICIONISTA					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO .							
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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Firma: _____			
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO				Nombre: VALLEJO FRANCO JOHNNY ALBERTO			
R. M.: 050595-14		L.S.O.: 10144 DE 10/11/		Código de Seguridad		cc: 1035230805	
P117V1B33515							

RECOMENDACIONES

Paciente: VALLEJO FRANCO JOHNNY ALBERTO

Fecha: 13/03/2024

Identificación: CC: 1035230805

Fecha Nacimiento: 05/04/1995

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 28 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CARRERA 25 EE # 56 E 75

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: CONTROL POR NUTRICIONISTA

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO



Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20:

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: VALLEJO FRANCO JOHNNY ALBERTO

CC: 1035230805