



Nº 29.378

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

04 DÍA	10 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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)

ARANGO ARANGO JUAN JOSE

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	36 AÑOS	CC 1035830446

Apellidos y Nombres

Tipo  
Número

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

### CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: NO APLICA

PARA LA LABOR ASIGNADA

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
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO
- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR

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 remita 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

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404



Código de Seguridad

B117H1N29378

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ARANGO ARANGO JUAN JOSE

CC: 1035830446

**RECOMENDACIONES****Paciente:** ARANGO ARANGO JUAN JOSE**Fecha:** 04/10/2023**Identificación:** CC: 1035830446**Fecha Nacimiento:** 15/02/1988**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 36 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CLL 63 77-41**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

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

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO**R.M.** 5065404**L.S.O.** S2017060104075**PACIENTE****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** ARANGO ARANGO JUAN JOSE**CC:** 1035830446