



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 36,255

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	06 MES	2024 AÑO	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)						
CIFUENTES RODRIGUEZ JOHN ANDERSON			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	34 AÑOS	CC	1035830975
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)						
Observaciones: NO APLICA					N/A	
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						
RESTRICIONES 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			✓	PERFIL LIPÍDICO Y GLICEMIA		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO	
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>-GLUCOMETRIA NORMAL  -TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO  -COLESTEROL NORMAL  -TRIGLICERIDOS NORMALES</p>						
<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:		Firma:				
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO		Nombre: CIFUENTES RODRIGUEZ JOHN ANDERSON				
R. M.: 050595-14		L.S.O.: 10144 DE 10/11/ K117Q1W36255 CC: 1035830975				
Código de Seguridad						

## RECOMENDACIONES

Paciente: CIFUENTES RODRIGUEZ JOHN ANDERSON

Fecha: 22/06/2024

Identificación: CC: 1035830975

Fecha Nacimiento: 11/09/1989

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CR 79 # 95-54

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

### 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: CIFUENTES RODRIGUEZ JOHN ANDERSON

CC: 1035830975