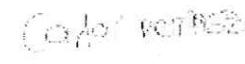




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 33.577

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
14 DÍA	03 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
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)					
MARTÍNEZ RENDON CARLOS EDUARDO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	28 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo 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"/>	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DEJAR DE FUMAR	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIONISTA				CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
-TOXICOS 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: _____		 Firma: _____			
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO		Nombre: MARTÍNEZ RENDON CARLOS EDUARDO			
R. M.: 050595-14		L.S.O.: 10144 DE 10/11/			
		cc: 1035873802			
		Código de Seguridad: A117G1M33577			

RECOMENDACIONES

Paciente: MARTÍNEZ RENDON CARLOS EDUARDO

Fecha: 14/03/2024

Identificación: CC: 1035873802

Fecha Nacimiento: 02/02/1996

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 28 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 48 A # 107 -43

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

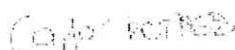


Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

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

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: MARTÍNEZ RENDON CARLOS EDUARDO

CC: 1035873802