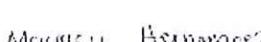




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 40.498

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
19 DÍA	11 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, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)								
HERNANDEZ CESPEDES JOSE MAURICIO				Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				MASCULINO	25 AÑOS	CC	1036683988	
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					
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 COLUMNNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO			✓
VISIOMETRÍA				✓	-----			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO								
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
<ul style="list-style-type: none"> - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD) 								
<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: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: HERNANDEZ CESPEDES JOSE MAURICIO				
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407!		cc: 1036683988				
Código de Seguridad				I11701U40498				

RECOMENDACIONES

Paciente: HERNANDEZ CESPEDES JOSE MAURICIO

Fecha: 19/11/2024

Identificación: CC: 1036683988

Fecha Nacimiento: 13/02/1999

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 25 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 104 A # 44 46

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Raul Zapata

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Mauricio Hernandez

Firma: _____

Nombre: HERNANDEZ CESPEDES JOSE MAURICIO

CC: 1036683988