



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 32.004

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
18 DÍA	01 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)								
HOYOS SEPULVEDA YOHAN SEBASTIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				MASCULINO	34 AÑOS	CC	1038543076	
Apellidos y Nombres						Tipo	Número	
Cargo <b>CONDUCTOR</b>								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>								
Observaciones: <b>NO APLICA</b>								
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) <b>N/A</b>								
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		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA					✓
AUDIOMETRÍA		✓	PSICOACTIVO					✓
VISIOMETRÍA		✓	-----					
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 : NUTRICIÓN					DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL AREA DE REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUALPERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EL EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</li> <li>- 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</li> </ul>								
<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 mi médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.</p>								

**Médico****Aspirante o Trabajador***Raoul Zapata*

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407



Código de Seguridad

O117U1A32004

*Yohan Sepulveda*

Firma:

Nombre: HOYOS SEPULVEDA YOHAN SEBASTIAN

CC: 1038543076



Especialistas en tu Empresa

NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín

gerenciamasmedicos@masmedellin.com

**RECOMENDACIONES**

Paciente: HOYOS SEPULVEDA YOHAN SEBASTIAN

Fecha: 18/01/2024

Identificación: CC: 1038543076

Fecha Nacimiento: 03/08/1989

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: REMEDIOS

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO****PACIENTE***Raoul Zapata*

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

*Yohan Sepulveda*

Firma:

Nombre: HOYOS SEPULVEDA YOHAN SEBASTIAN

CC: 1038543076