



Nº 35.919

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	06 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			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)					
ESPINAL MONTOYA BRANDON SEBASTIAN			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	30 AÑOS	CC 1128457577
				Tipo	Número
COPA INDUTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>					
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 OSTEO muscular Y COLUMN			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓	
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO ✓	
VISIOMETRÍA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO					
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.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO		Nombre: ESPINAL MONTOYA BRANDON SEBASTIAN			
R. M.: 050595-14		L.S.O.: 10144 DE 10/11/			
		H117N1T35919			
		CC: 1128457577			

**RECOMENDACIONES****Paciente:** ESPINAL MONTOYA BRANDON SEBASTIAN**Fecha:** 12/06/2024**Identificación:** CC: 1128457577**Fecha Nacimiento:** 20/06/1993**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 30 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CRA 71 A N 92 BB 19**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, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR

**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***Brendan E.***Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** ESPINAL MONTOYA BRANDON SEBASTIAN**CC:** 1128457577