



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 35.919**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
12 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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
Apellidos y Nombres			MASCULINO	30 AÑOS
			Documento de Identificación	CC 1128457577
			Tipo	Número
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 OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA		✓	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



Código de Seguridad

**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

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** ESPINAL MONTOYA BRANDON SEBASTIAN

**CC:** 1128457577