



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 33.696

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
19 DÍA	03 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)				Genero	Edad	Documento de Identificación		
SANTAMARIA VANEGAS PEDRO BERNARDO				MASCULINO	67 AÑOS	CC	3489848	
Apellidos y Nombres						Tipo	Número	
Juego 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 COLUMNAS				✓	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			
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
					DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
<p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO .</p> <p>-ALTERACION VISUAL QUE REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU EPS . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR.</p> <p>-CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON DESCENSO AUDITIVO LEVE BILATERAL EN FRECUENCIAS 4-6-8 HZ CON CONSERVACIÓN DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES.</p> <p>-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS .</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA DE PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO. LA PRESENTE ALRETRACCIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p>								
<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 verificadas. 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

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIR ALBEIRO

R. M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/



Código de Seguridad

T117Z1F33696**Aspirante o Trabajador***Deni* *22-1*

Firma:

Nombre: SANTAMARIA VANEGAS PEDRO BERNARDO

CC: 3489848



Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** SANTAMARIA VANEGAS PEDRO BERNARDO**Fecha:** 19/03/2024**Identificación:** CC: 3489848**Fecha Nacimiento:** 11/08/1956**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 67 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** GOMEZ PLATA**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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIR ALBEIRO

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

PACIENTE*Deni* *22-1*

Firma:

Nombre: SANTAMARIA VANEGAS PEDRO BERNARDO

CC: 3489848