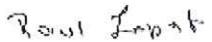




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 33.580

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
14 DÍA	03 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)								
MUÑOZ CORREA ALBERTO DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	62 AÑOS	CC	3572928	
Apellidos y Nombres						Tipo	Número	
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 COLUMNA		<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA					<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO					<input checked="" type="checkbox"/>
VISIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	-----					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA			
RAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO								
<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: MUÑOZ CORREA ALBERTO DE JESUS				
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407!		Código de Seguridad		cc: 3572928		
111701U33580								

RECOMENDACIONES

Paciente: MUÑOZ CORREA ALBERTO DE JESUS

Fecha: 14/03/2024

Identificación: CC: 3572928

Fecha Nacimiento: 20/08/1961

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 62 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: SAN ANDRES DE CUERQUIA

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Raul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Alberto Muñoz

Firma:

Nombre: MUÑOZ CORREA ALBERTO DE JESUS

CC: 3572928