



Nº 28.132

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

17 DÍA	08 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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)

GARRO CIRO JAIRO ARTURO

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	51 AÑOS	CC
		70164396

Apellidos y Nombres

Tipo	Número
------	--------

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: NO APLICA

PARA LA LABOR ASIGNADA

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



GLICEMIA



AUDIOMETRÍA



PRUEBA PSICOSENSOMETRICA



VISIOMETRÍA



PSICOACTIVO



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE

SVE VISUAL

HÁBITOS SALUDABLES

PARA CONDUCIR

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

CONTROL DE PESO

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO

- SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE LA SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .

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

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404



Código de Seguridad

H117N1T28132

Aspirante o Trabajador

Jairo Garro

Firma:

Nombre: GARRO CIRO JAIRO ARTURO

CC: 70164396

RECOMENDACIONES**Paciente:** GARRO CIRO JAIRO ARTURO**Fecha:** 17/08/2023**Identificación:** CC: 70164396**Fecha Nacimiento:** 26/10/1972**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 51 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CRA 44 # 26 71**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: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE VISUAL

MÉDICO**PACIENTE***Raúl Zapata***Firma:** _____**Nombre:** ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO**R.M.** 5065404 **L.S.O.** S2017060104075*Garo Cirol***Firma:** _____**Nombre:** GARRO CIRO JAIRO ARTURO**CC:** 70164396