



Nº 31.709

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 10 DÍA | 01 MES | 2024 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO | | | |
| | | | | 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte) | | | | | | | |
| MACIAS FORONDA JORGE HUMBERTO | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 57 AÑOS | CC | 70253580 |
| 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 | | | | ✓ | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | | | | ✓ | PSICOACTIVO | | ✓ |
| VISIOMETRÍA | | | | ✓ | ----- | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | DEJAR DE FUMAR | | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | SVE OSTEOMUSCULAR | | | HÁBITOS SALUDABLES | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR | | |
| VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR NUTRICIONISTA EN SU EPS | | | | | CONTROL DE PESO | | |
| | | | | | DIETA BALANCEADA | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| <p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</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 REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA. LA PRESENTE ALTERACIÓN 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 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

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

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



Código de Seguridad

Z117F1L31709
MASMEDICOS
 Especialistas en tu Empresa
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MACIAS FORONDA JORGE HUMBERTO

CC: 70253580

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** MACIAS FORONDA JORGE HUMBERTO**Fecha:** 10/01/2024**Identificación:** CC: 70253580**Fecha Nacimiento:** 06/04/1967**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 57 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CLL 113 A # 63B - 38**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL,
VALORACIÓN POR EPS: CONTROL POR NUTRICIONISTA EN SU EPS**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

CONTROL DE PESO, DEJAR DE FUMAR, DIETA BALANCEADA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

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

PACIENTE

Firma:

Nombre: MACIAS FORONDA JORGE HUMBERTO

CC: 70253580