



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 32.115

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
23 DÍA	01 MES	2024 AÑO				
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)						
HIGUITA CARTAGENA LUIS ALFONSO  Apellidos y Nombres			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	49 AÑOS	CC	71053061
					Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>						
Observaciones: <b>NO APLICA</b>						
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A	
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNAS		<input checked="" type="checkbox"/>		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/>		
AUDIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>		PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>		
VISIONMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>		-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR LENTES PERMANENTES PARA TRABAJAR EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR			HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO .          -ALTERACION VISUAL LEVE, REQUIERE CONTROL POR OPTOMETRIA EN SU EPS . NO GENERA RESTRICCIONES          -DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA          POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL AREA DE COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUALLA PRESENTE          ALTERACION NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCION. 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 EDIR ALBEIRO

R. M.: 050595-14

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



Código de Seguridad

I117O1U32115

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: HIGUITA CARTAGENA LUIS ALFONSO

cc: 71053061



Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** HIGUITA CARTAGENA LUIS ALFONSO**Fecha:** 23/01/2024**Identificación:** CC: 71053061**Fecha Nacimiento:** 11/12/1974**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 49 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CR 34 #98-176**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HÁBITOS SALUDABLES

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA TRABAJAR

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIR ALBEIRO

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

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: HIGUITA CARTAGENA LUIS ALFONSO

CC: 71053061