



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 33.008

| | | | | | | | |
|--|-----------|-------------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | | |
| 22 DÍA | 02 MES | 2024 AÑO | 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) | | | | | | | |
| SANCHEZ GIRALDO EDISON DE JESUS | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 56 AÑOS | CC | 71690646 |
| 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 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 COLUMN | | <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 | | | | | DIETA BALANCEADA | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | | | |
| *RAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - IÓXICOS EN ORINA NO REACTIVO - DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA 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>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

Raul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

W117C1I33008

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANCHEZ GIRALDO EDISON DE JESUS

cc: 71690646



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES**

Cliente: SANCHEZ GIRALDO EDISON DE JESUS

Fecha: 22/02/2024

Identificación: CC: 71690646

Fecha Nacimiento: 16/11/1967

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 56 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CLL 89 # 75- 20

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Firma:

Nombre: SANCHEZ GIRALDO EDISON DE JESUS

CC: 71690646