



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.200

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	01 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
GARCES VELASQUEZ CARLOS MARIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	67 AÑOS	CC	71579398
						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 EVALUARÁN 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			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU EPS EN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FORMA CUMPLIDA Y TOMAR TRATAMIENTO ALLI ORDENADO EN FORMA CUMPLIDA		SVE AUDITIVO : CONTROL AUDIOMETRIA SEIS MESES		HÁBITOS SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR LENTES PERMANENTES PARA TRABAJAR		SVE CARDIOVASCULAR		CONTROL DE PESO			
XAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR NUTRICIONISTA EN SU EPS		SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO .</p> <p>-CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON DESCENSO AUDITIVO LEVE-MODERADO POR OÍDO DERECHO EN FRECUENCIAS 3-4-6-8 HZ CON CONSERVACIÓN DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES; CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON DESCENSO AUDITIVO LEVE-MODERADO POR OÍDO IZQUIERDO EN FRECUENCIAS 3-4 HZ CON CONSERVACIÓN DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES.</p> <p>-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 80 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDIFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS .</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 ATENCION CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONIA 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>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICION MEDICA CARDIOVASCULAR , AL MOMENTO DE LA CONSULTA ESTABLE DE SUS COMORBILIDADES , SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .</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.

Médico

Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

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



Código de Seguridad

Q117W1C32200

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: GARCES VELASQUEZ CARLOS MARIO

CC: 71579398



NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín

gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: GARCES VELASQUEZ CARLOS MARIO

Fecha: 25/01/2024

Identificación: CC: 71579398

Fecha Nacimiento: 30/07/1956

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 67 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CR 84 A # 9-67

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables

RECOMENDACIONES Médicas

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: EN SU EPS EN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FORMA CUMPLIDA Y TOMAR TRATAMIENTO ALLI ORDENADO EN FORMA CUMPLIDA, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA TRABAJAR, VALORACIÓN POR EPS: CONTROL POR NUTRICIONISTA EN SU EPS

RECOMENDACIONES Ocupacionales

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO: CONTROL AUDIOMETRIA SEIS MESES, SVE CARDIOVASCULAR, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14

L.S.O. 10144 DE 10/11/20

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: GARCES VELASQUEZ CARLOS MARIO

CC: 71579398