



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.219

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03	09	2024	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
DÍA	MES	AÑO	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)							
VELEZ BERMUDEZ JAIME				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	63 AÑOS	CC	71970682
Carga				Tipo			
CONDUCTOR				Número			
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			
VISIONOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.		SVE AUDITIVO : PROXIMO CONTROL EN 6 MESES CON HISTORIA DE OTORRINOLARINGOLOGO.		HÁBITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA							
<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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO				Nombre: VELEZ BERMUDEZ JAIME			
R. M.: 5-1216-10				CC: 71970682			
L.S.O.: 2017060104660				Código de Seguridad V117B1H38219			

RECOMENDACIONES

Paciente: VELEZ BERMUDEZ JAIME

Fecha: 03/09/2024

Identificación: CC: 71970682

Fecha Nacimiento: 19/02/1961

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 63 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRRRA 39 C B 20 D 40

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, Hábitos saludables, HACER DEPORTE

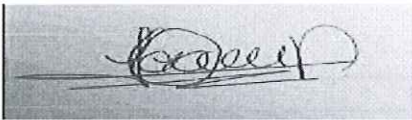
RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO: PROXIMO CONTROL EN 6 MESES CON HISTORIA DE OTORRINOLARINGOLOGO. , SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

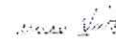


Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE



Firma:

Nombre: VELEZ BERMUDEZ JAIME

CC: 71970682