



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.509

| | | | | | | | |
|---|-----|-----------------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|---------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 01 | 09 | 2023 | 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) | | | | | | | |
| GALLEGO CANO JUAN FELIPE | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 38 AÑOS | CC | 8177786 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| 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 | |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | | | | 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 | | | | GLICEMIA | | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | | |
| VISIOMETRÍA | | | | PSICOACTIVO | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | HABITOS SALUDABLES | | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | CONTROL DE PESO | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | DIETA BALANCEADA | | |
| RACIÓN POR EPS : NUTRICION | | | | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| - GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR | | | | | | | |
| 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 | | | | Aspirante o Trabajador | | | |
| Firma: Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: | | | | Firma: Nombre: GALLEGO CANO JUAN FELIPE CC: 8177786 | | | |
| Código de Seguridad 111701U28509 | | | | | | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: GALLEGO CANO JUAN FELIPE

Identificación: CC: 8177786

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRR 129 67 114

Fecha: 01/09/2023

Fecha Nacimiento: 25/03/1985

Edad: 38 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O

PACIENTE

Juan Felipe Gallego Cano

Firma: _____

Nombre: GALLEGO CANO JUAN FELIPE

CC: 8177786