



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 37.322**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
01 DÍA	08 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
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)					
POSADA ECHANDIA DIEGO ALONSO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	41 AÑOS	CC 8323323
				Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>					
Observaciones: NO APLICA					
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	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE VISUAL		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO					
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: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

Nombre: POSADA ECHANDIA DIEGO ALONSO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407



Código de Seguridad

**A117G1M37322**

CC: 8323323

## RECOMENDACIONES

Paciente: POSADA ECHANDIA DIEGO ALONSO

Fecha: 01/08/2024

Identificación: CC: 8323323

Fecha Nacimiento: 23/08/1982

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 41 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CLL 12 SUR # 54 46

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

### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE VISUAL

## MÉDICO

Raul Ospina

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

## PACIENTE

Diego Alonso

Firma:

Nombre: POSADA ECHANDIA DIEGO ALONSO

CC: 8323323

