



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 33.135

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	02 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			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)						
LOAIZA HERNANDEZ HÉCTOR				Genero	Edad	Documento de Identificación
				MASCULINO	63 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	

Juego
CONDUTOR

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	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 COLUMNAS	<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
VISIONETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	-----	<input checked="" type="checkbox"/>
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE AUDITIVO	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
SVE OSTEOMUSCULAR			

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO
- EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. SE SUGIERE AUDIOMETRIA CONTROL EN 6 MESES
- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONIA COORDINACIÓN VISIONETRIZ BIMANUAL REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA. LA PRESENTE ALRETRACIÓN 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.

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

Raul Imp

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407



Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Tony

Firma:

Nombre: LOAIZA HERNANDEZ HÉCTOR

cc: 8403249



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: LOAIZA HERNANDEZ HÉCTOR

Fecha: 28/02/2024

Identificación: CC: 8403249

Fecha Nacimiento: 25/01/1961

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 63 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 25 # 65 C - 28

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Raul Imp

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

PACIENTE

Tony

Firma:

Nombre: LOAIZA HERNANDEZ HÉCTOR

CC: 8403249