



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 42.741

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
28 DÍA	01 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)							
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)							
GOMEZ URREGO JUAN CARLOS			Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres			MASCULINO	44 AÑOS	CC	8431968	
					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA NO CONTROLADA.							
NO SE EVALUARÓN 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		<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA				<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO				<input checked="" type="checkbox"/>
VISIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	-----				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN MÉDICA EN PROGRAMA DE ASMA.							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> - TÓXICOS EN ORINA: NO REACTIVO. - DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARÁMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO. - SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA NO CONTROLADA. 							
<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*tpsp*

Firma:

Nombre: CONTRERAS PIERUCCINI MICHELLE PAOLA

R. M.: 1104872693

L.S.O.: 2024060080861



Código de Seguridad

N117T1Z42741**Aspirante o Trabajador***Juan Carlos Gómez*

Firma:

Nombre: GOMEZ URREGO JUAN CARLOS

cc: 8431968

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** GOMEZ URREGO JUAN CARLOS**Fecha:** 28/01/2025**Identificación:** CC: 8431968**Fecha Nacimiento:** 06/11/1980**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 44 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CRA 39A # 68 100**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

CONTINUAR MANEJO MÉDICO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: VALORACIÓN MÉDICA EN PROGRAMA DE ASMA.

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO*tpsp***PACIENTE***Juan Carlos Gómez*

Firma:

Nombre: GOMEZ URREGO JUAN CARLOS

CC: 8431968

Firma:

Nombre: CONTRERAS PIERUCCINI MICHELLE PAOLA

R.M. 1104872693 L.S.O. 2024060080861