



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 36.638

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

09 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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)

VELASQUEZ ARIAS JUAN FELIPE

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	49 AÑOS	CC
		98569526

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

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

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
COLUMNNA



PRUEBA PSICOSENSOMETRICA



AUDIOMETRÍA



PSICOACTIVO



VISIOMETRÍA



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HÁBITOS SALUDABLES

SEGUIMIENTO POR NEFROLOGÍA PARA CONDICIÓN
RENAL EN FORMA CUMPLIDA Y PARA CONDICIÓN
TIROIDEA EN FORMA CUMPLIDA . NO GENERA
RESTRICCIONES

USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR LENTES
PERMANENTES PARA CONDUCIR

CONTROL DE PESO

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

DIETA BALANCEADA

VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIONISTA

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

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/



Código de Seguridad

V117B1H36638**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: VELASQUEZ ARIAS JUAN FELIPE

CC: 98569526



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** VELASQUEZ ARIAS JUAN FELIPE**Fecha:** 09/07/2024**Identificación:** CC: 98569526**Fecha Nacimiento:** 02/02/1975**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 49 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CLL 15 A # 79-397**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA PARA CONDICION RENAL EN FORMA CUMPLIDA Y PARA CONDICION TIROIDEA EN FORMA CUMPLIDA . NO GENERA RESTRICCIONES , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR , VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIONISTA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O. 10144 DE 10/11/20

PACIENTE

Firma:

Nombre: VELASQUEZ ARIAS JUAN FELIPE

CC: 98569526