



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.977

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	08 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
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)					
GARCIA LUIS FERNANDO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	50 AÑOS	CC 98589241
					Tipo Número
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
<b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>					
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	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		SVE AUDITIVO		HÁBITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
		SVE OSTEOMUSCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				DIETA BALANCEADA	

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO
- TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE ALTERACION OSTEOMUSCULAR EN HOMBRO DERECHO, ACTUALMENTE ASINTOMATICO Y SIN HALLAZGOS RELEVANTES AL EXAMEN MEDICO. DEBE CONTINUAR SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA EN SU EPS
- 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
- PRESENTA ALTERACIÓN EN LA AGUDEZA VISUAL NO CORREGIDA, POR LO CUAL, DEBE SOLICITAR CITA CON OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA SU EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL
- SOLICITAR CITA CON MÉDICO GENERAL DE SU EPS PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO; REALIZAR TOMA SERIADA DE CIFRAS TENSIONALES O EL MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL
- 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. CONTROL AUDIOMETRICO EN 6 MESES

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.: \_\_\_\_\_



Código de Seguridad

Z117F1L27977

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

Nombre: GARCIA LUIS FERNANDO

CC: 98589241

**MASMEDICOS**  
Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

Paciente: GARCIA LUIS FERNANDO

Fecha: 12/08/2023

Identificación: CC: 98589241

Fecha Nacimiento: 29/12/1972

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 50 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 111 81 62

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

**RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables**

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables

**RECOMENDACIONES Ocupacionales**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO, SVE OSTEOMUSCULAR

**RECOMENDACIONES Médicas**

VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

**MÉDICO****PACIENTE**

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. \_\_\_\_\_

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

Nombre: GARCIA LUIS FERNANDO

CC: 98589241