



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 40.523

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	11 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						
PRECOLTUR SAS			PRECOLTUR 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 GIRALDO CARLOS ANDRES		Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres		MASCULINO	25 AÑOS	CC	1001479007	
				Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)						
Observaciones: <i>NO APLICA</i>						
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		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
				CONTROL DE PESO		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO						
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.: S201706010407			 Código de Seguridad: Q117W1C40523 Firma: _____ Nombre: GOMEZ GIRALDO CARLOS ANDRES CC: 1001479007			

RECOMENDACIONES

Paciente: GOMEZ GIRALDO CARLOS ANDRES

Fecha: 19/11/2024

Identificación: CC: 1001479007

Fecha Nacimiento: 03/09/1999

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 25 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 30 A # 22 21

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

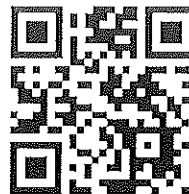
PACIENTE

Carlos Gomez

Firma: _____

Nombre: GOMEZ GIRALDO CARLOS ANDRES

CC: 1001479007



Código de Seguridad
P117V57B40523



N° 40523

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
19	11	2024	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
DÍA	MES	AÑO	Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS				
Nombre de la empresa				Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)								
GOMEZ GIRALDO CARLOS ANDRES			Genero		Edad		Documento de Identificación	
			MASCULINO		25 AÑOS 2 MESES 16 DÍAS		CC 1001479007	
Apellidos y Nombres			Tipo		Número			
Cargo CONDUCTOR								
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO								
RECOMENDACIONES MÉDICAS								
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO								
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES								
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA								
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES								
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL								

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raul Ospina

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075
Especialidad:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

