

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.514

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	05 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)						
NOREÑA RAMIREZ GUSTAVO DE JESUS			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	37 AÑOS	CC	1017134706
					Tipo	Número
CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)						
Observaciones: NO APLICA						
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		✓		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		
AUDIOMETRÍA		✓		PSICOACTIVO		
VISIOMETRÍA		✓		-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO						
<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. Ful 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			Aspirante o Trabajador			
Firma: _____			Firma: _____			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO			Nombre: NOREÑA RAMIREZ GUSTAVO DE JESUS			
R. M.: 5065404			CC: 1017134706			
L.S.O.: S201706010407			Código de Seguridad: Q117W1C35514			

RECOMENDACIONES

Paciente: NOREÑA RAMIREZ GUSTAVO DE JESUS

Fecha: 28/05/2024

Identificación: CC: 1017134706

Fecha Nacimiento: 17/08/1986

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 37 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 124 # 42 EE- 88

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raúl Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

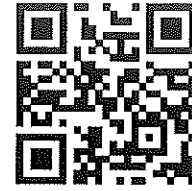
PACIENTE

Gustavo Ramirez

Firma: _____

Nombre: NOREÑA RAMIREZ GUSTAVO DE JESUS

CC: 1017134706



Código de Seguridad
L117R57X35514



N° 35514

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
28 DÍA	05 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)					
NOREÑA RAMIREZ GUSTAVO DE JESUS			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	37 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS	CC 1017134706
Cargo				Tipo	Número
CONDUCTOR					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
RECOMENDACIONES MÉDICAS					
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					
HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES:					
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO					

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: _____

[Signature]
Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Gustavo Noreña
Documento: 1017134706
Nombre: Gustavo de Jesus Noreña
Fecha: _____

6

7