

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.554

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	10 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)						
OSPINA LOPEZ JOSE DUVAN			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	34 AÑOS	CC	1047967421
					Tipo	Número
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		
AUDIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO		
VISIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA						
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:			Firma: _____			
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO			Nombre: OSPINA LOPEZ JOSE DUVAN			
R. M.: 5-1216-10			CC: 1047967421			
L.S.O.: 2017060104660			Código de Seguridad: K117Q1W39554			

RECOMENDACIONES

Paciente: OSPINA LOPEZ JOSE DUVAN

Fecha: 19/10/2024

Identificación: CC: 1047967421

Fecha Nacimiento: 18/11/1989

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 32 # 32 24

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO



Firma: _____

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

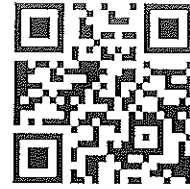
R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: OSPINA LOPEZ JOSE DUVAN

CC: 1047967421



Código de Seguridad
Y117E57K39554



N° 39554

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
19 DÍA	10 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)					
OSPINA LOPEZ JOSE DUVAN		Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres		MASCULINO	34 AÑOS 11 MESES 0 DÍAS	CC	1047967421
				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE					
RECOMENDACIONES MÉDICAS					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Profesional: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO
K. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660
Especialidad: _____

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: 1047967421
Nombre: Jose Duvan Ospina Lopez
Fecha: 19-10-2024

