



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.400

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
29 DÍA	08 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
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)					
CUERVO SANCHEZ ALBEIRO ANTONIO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	54 AÑOS	CC 15336502
			Tipo	Número	
Cap. <b>CC</b> <b>CONDUCTOR</b>					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>					
Observaciones: <b>NO APLICA</b>					
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		<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	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA	
<b>OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES EL AREA DE COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL Y PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO, LA PRESENTE ALTERACIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO</li> <li>- SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE LA SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .</li> </ul>					
<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. 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.</p>					