



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
16 DÍA	11 MES	2022 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)				
MARIN ZAPATA JUAN CARLOS		Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres		MASCULINO	38 AÑOS	CC 15370557
			Tipo	Número

Cargo  
**CONDUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  
**APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA (REMITIDO A):**  
Observaciones: *HASTA TRAER ADECUADA CORRECCIÓN ÓPTICA*

NO SE EVALUARÁN 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	✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PSICOACTIVO	✓
VISIOMETRÍA	✓	-----	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**  
 - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO  
 - PRESENTA ALTERACIÓN EN LA AGUDEZA VISUAL NO CORREGIDA, POR LO CUAL, DEBE SOLICITAR CITA CO  
 MOMETRÍA EN SU EPS PARA SU EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL

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, la 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><b>Médico</b></p> <p><i>Raul Zapata</i></p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO</p> <p>R. M.: 5065404      L.S.O.: _____</p>	 Código de Seguridad <b>Z117F1L21544</b>	<p><b>Aspirante o Trabajador</b></p> <p><i>Juan Carlos M.</i></p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: MARIN ZAPATA JUAN CARLOS</p> <p>CC: 15370557</p>
--	---	---

## RECOMENDACIONES

Paciente: MARIN ZAPATA JUAN CARLOS

Fecha: 16/11/2022

Identificación: CC: 15370557

Fecha Nacimiento: 07/09/1984

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 38 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CRA 16 # 54 15

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: OPTOMETRIA

### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

*Raul Ospina*

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O \_\_\_\_\_

## PACIENTE

*Juan Carlos M.*

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

Nombre: MARIN ZAPATA JUAN CARLOS

CC: 15370557