



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.909

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
27 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 ARISTIZABAL JAIDER ALEXANDER		Genero	Edad	Documento de Identificación				
Apellidos y Nombres		MASCULINO	47 AÑOS	CC	70906557			
				Tipo	Número			
Cargo: CONDUCTOR								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)								
Observaciones: NO APLICA								
APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS					SI			
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				
USAR CORRECCIÓN VISUAL : OCASIONAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES				
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				CONTROL DE PESO				
VALORACIÓN POR EPS : CONSULTAR CON NUTRICIÓN PARA CONTROL DE PESO				HACER DEPORTE				
				DIETA BALANCEADA				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
<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>								
Médico			Aspirante o Trabajador					
 Firma: _____ Nombre: LEAL NARVAEZ HIULBER ANTONIO R. M.: 5-0373 L.S.O.: 71780751			 Código de Seguridad B117H1N40909			 Firma: _____ Nombre: GOMEZ ARISTIZABAL JAIDER ALEXANDER CC: 70906557		

RECOMENDACIONES

Paciente: GOMEZ ARISTIZABAL JAIDER ALEXANDER

Fecha: 27/11/2024

Identificación: CC: 70906557

Fecha Nacimiento: 21/11/1977

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 47 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CRA 30 # 22 21

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: OCASIONAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: CONSULTAR CON NUTRICIÓN PARA CONTROL DE PESO

MÉDICO



Firma: _____

Nombre: LEAL NARVAEZ HIULBER ANTONIO

R.M. 5-0373 L.S.O 71780751

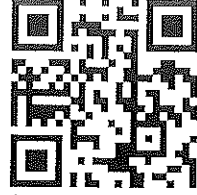
PACIENTE



Firma: _____

Nombre: GOMEZ ARISTIZABAL JAIDER ALEXANDER

CC: 70906557



Código de Seguridad

H117N57T40909

N° 40909

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 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 ARISTIZABAL JAIDER ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	47 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC	70906557
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL: OCASIONAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: CONSULTAR CON NUTRICIÓN PARA CONTROL DE PESO							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

[Handwritten Signature]

Profesional: LEAL NARVAEZ HIULBER ANTONIO
R. M.: 5-0373 L.S.O.: 71780751
Especialidad:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: 40906557
Nombre: Jaider J Gomez
Fecha: _____

C

C