



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.118

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
15	12	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
DÍA	MES	Ciudad	
2020		AÑO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)			
VILLADA MONDRAGON JUAN GUILLERMO		Genero	Documento de Identificación
		MASCULINO	42 AÑOS
		CC	71382679
		Tipo	Numero
CONDUCTOR			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			
APT. CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)			
Observaciones: NO APLICA			
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	N/A
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	RECOMENDACIONES
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:			
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA
AUDIOMETRIA		✓	PSICOACTIVO
VISOMETRIA		✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DEJAR DE FUMAR
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS POR NUTRICIÓN			ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
			HACER DEPORTE
			DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			
PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVO .			
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 obteniendo a raíz de la evaluación médica ocupacional.			
Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre: OSCAR VILLA JOHN JAIRO		Nombre: VILLADA MONDRAGON JUAN GUILLERMO	
R. M.: 5-1216-10		CC: 71382679	
L.S.O.: 2017060104660		Código de Seguridad Q117W1C10118	