

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.508

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20	02	2025	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DÍA	MES	AÑO	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)						
RUIZ DIAZ OSCAR			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	57 AÑOS	CC	91437426
Cargo			Tipo		Número	
CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)						
Observaciones: NO APLICA						
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		✓		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓
AUDIOMETRÍA		✓		PSICOACTIVO		✓
VISIOMETRÍA		✓				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL POR 3 DÍAS EN EPS		SVE AUDITIVO : AUDIOMETRIA EN 6 MESES		HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL - NUTRICION PARA MANEJO				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<ul style="list-style-type: none"> - PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA - REALIZAR TOMA SERIADA DE PRESIÓN ARTERIAL POR 3 DIAS EN EPS - AUDIOMETRIA DE CONTROL EN 6 MESES - AGUDEZA VISUAL ANORMAL, CORREGIDA - EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS -ASISTIR A NUTRICION PARA MANEJO -EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA ALTERACION EN ALGUNOS PARAMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CODUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO. 						
<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>						

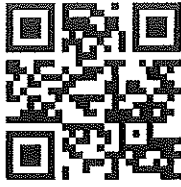
Médico

ANA CRUZ

Firma: _____

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577



Código de Seguridad

D117J1P43508

Aspirante o Trabajador

Oscar Díaz

Firma: _____

Nombre: RUIZ DIAZ OSCAR

CC: 91437426



Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: RUIZ DIAZ OSCAR

Fecha: 20/02/2025

Identificación: CC: 91437426

Fecha Nacimiento: 22/10/1967

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 57 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 48 FF SUR # 42 D -21

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL POR 3 DIAS EN EPS , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL - NUTRICION PARA MANEJO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO: AUDIOMETRIA EN 6 MESES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

ANA CRUZ

Firma: _____

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O 2022060356577

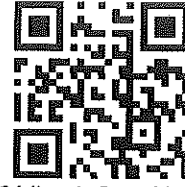
PACIENTE

Oscar Díaz

Firma: _____

Nombre: RUIZ DIAZ OSCAR

CC: 91437426



Código de Seguridad

Q117W57C43508



N° 43508

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
20 DÍA	02 MES	2025 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)				
RUIZ DIAZ OSCAR			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	57 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS
			Documento de Identificación	
			CC	91437426
			Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR				
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS				
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL POR 3 DÍAS EN EPS , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS; TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL - NUTRICION PARA MANEJO				
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES				
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				
SVE AUDITIVO: AUDIOMETRIA EN 6 MESES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Profesional: CRUZ TOBON ANA MARIA

R. M.: CMC217-18888

L.S.O.: 2022060356577

Especialidad:

Documento:

Nombre:

Fecha:

1836630738

Paula Castano

20-02-2025

Documento:

Nombre:

Fecha:

91437426

Oscar

20 febrero 2025

