


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.552

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)							
CASTRILLON ALZATE LUIS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	55 AÑOS	CC	98544702
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo 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 COLUMNAS				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO	✓	
VISIONMETRÍA				✓	-----	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR SEGUIMIENTO CUMPLIDO POR OFTÁLMOLOGÍA EN SU ENTIDAD DE SALUD . NO GENERA RESTRICCIONES EN EL MOMENTO.			SVE VISUAL			DEJAR DE FUMAR	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR			SVE AUDITIVO			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA	
ESPECIALISTA : POR CIRUGÍA GENERAL PARA VALORACIÓN DE DEBILIDAD EN PARED ABDOMINAL, NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR .							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO -DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA DE COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL . SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO -EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. -POR ALTERACION DE CIFRAS TENSIONALES SE INDICA SOLICITAR CITA MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PAR REALIZAR TOMA SERIADA DE LA PRESION ARTERIAL Y/O MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIA SISTEMICA . NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR .							

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.

Médico

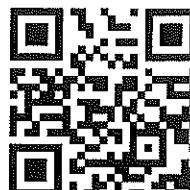


Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIR ALBEIRO

R.M.: 050595-14

L.S.O.: 10144 DE 10/11/



Código de Seguridad

A117G1M36552

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CASTRILLON ALZATE LUIS ALBERTO

CC: 98544702

MASMEDICOS

Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: CASTRILLON ALZATE LUIS ALBERTO

Fecha: 05/07/2024

Identificación: CC: 98544702

Fecha Nacimiento: 22/07/1968

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 55 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CARRERA 27 H 47-01

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DEJAR DE FUMAR, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO CUMPLIDO POR OFTALMOLOGÍA EN SU ENTIDAD DE SALUD . NO GENERA RESTRICCIONES EN EL MOMENTO., ESPECIALISTA: POR CIRUGÍA GENERAL PARA VALORACIÓN DE DEBILIDAD EN PARED ABDOMINAL, NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR ., EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO, SVE VISUAL

MÉDICO



Firma:

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIR ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O. 10144 DE 10/11/20;

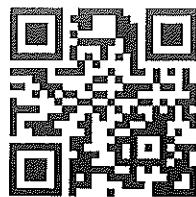
PACIENTE



Firma:

Nombre: CASTRILLON ALZATE LUIS ALBERTO

CC: 98544702



Código de Seguridad

H117N57T36552



Nº 36552

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)						
CASTRILLON ALZATE LUIS ALBERTO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	55 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC	98544702
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR						
NE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO						
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES						
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DEJAR DE FUMAR, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES						
RECOMENDACIONES MÉDICAS						
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO CUMPLIDO POR OFTALMOLOGÍA EN SU ENTIDAD DE SALUD . NO GENERA RESTRICCIONES EN EL MOMENTO. , ESPECIALISTA: POR CIRUGIA GENERAL PARA VALORACION DE DEBILIDAD EN PARED ABDOMINAL, NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR ., EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR LENTES PERMANENTES PARA CONDUCIR						
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO, SVE VISUAL						
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES:						
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO						
-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA DE COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL .SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO						
-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.						
-POR ALTERACION DE CIFRAS TENSIONALES SE INDICA SOLICITAR CITA MEDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA REALIZAR A SERIADA DE LA PRESION ARTERIAL Y/O MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL SISTEMICA .NO GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR .						

Datos del Médico:



Profesional: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIR
R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/20
Especialidad:

Responsable del SG-SST:



Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Recibido por el trabajador o aspirante:

Documento: 98544702
Nombre: Luis Alvaro Castri
Fecha: 5724

C

C