



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.751

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	09 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							
LAS BUSETICAS SAS				LAS BUSETICAS 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)							
VELEZ AGUDELO JUAN ESTEBAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	23 AÑOS	CC	1001687114
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 COLUMNA				GLICEMIA			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
VISIONOMETRÍA				PSICOACTIVO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
CONTROLES MEDICOS EN SU EPS						DIETA BALANCEADA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO							
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - PRESENTA ANTECEDENTE DE ALTERACIÓN ALÉRGICA LA CUAL ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CONTROLADA Y NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA SU OCUPACIÓN							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: VELEZ AGUDELO JUAN ESTEBAN			
R. M.: 5065404				CC: 1001687114			
L.S.O.: S201706010407				Código de Seguridad E117K1Q38751			

RECOMENDACIONES

Paciente: VELEZ AGUDELO JUAN ESTEBAN

Fecha: 20/09/2024

Identificación: CC: 1001687114

Fecha Nacimiento: 10/01/2001

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 23 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 106 B # 39-19

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS,
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 **L.S.O** S2017060104075

PACIENTE

Juan Esteban Velez

Firma: _____

Nombre: VELEZ AGUDELO JUAN ESTEBAN

CC: 1001687114