



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 38.751

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

20 DÍA	09 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Ciudad				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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

NO APLICA

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

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	✓
VISIONETRÍA	✓	PSICOACTIVO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

CONTROLES MÉDICOS EN SU EPS

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

HABITOS SALUDABLES

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

DIETA BALANCEADA

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

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404



Código de Seguridad

E117K1Q38751

Aspirante o Trabajador

Juan Esteban V

Firma:

Nombre: VELEZ AGUDELO JUAN ESTEBAN

CC: 1001687114

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 MÉDICOS 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

Raoul Zapata

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

PACIENTE

Juan Esteban JS

Firma: _____

Nombre: VELEZ AGUDELO JUAN ESTEBAN

CC: 1001687114