

NIT. 811019808-1



Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423

E-mail. colmedicosdeorient@yahoo.com

www.colmedicosdeorientesa.com



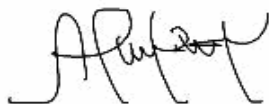
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.731

<div>12082024</div> <div>DÍAMESAÑO</div>				RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
				Ciudad		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
AD TRANSPORTADORA EL RETIRO INVERSIONES TOBON LOPEZ Y AD TRANSPORTADORA EL RETIRO INVERSIONES TOBON LOPEZ Y							
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)							
CUERVO JURADO WILMAN ANDRES				Genero		Edad	
				MASCULINO		47 AÑOS 8 MESES 15 DÍAS	
Apellidos y Nombres						Documento de Identificación	
						CC71556539	
Fecha de Nacimiento				Estado Civil		Número	
26/11/1976				UNIÓN LIBRE		3	
Teléfono				Dirección		Municipio	
3217507336				CRA 25 16 16		RETIRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
Escolaridad				Responsable		EPS	
SECUNDARIA				SILVIA CORTES		NUEVA EPS	
Teléfono del Responsable				EPS		ARL	
3105262464				NUEVA EPS		SURA	
Cargos							
CONDUCTOR DE BUS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES PARA CONTINUAR EN EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				PERFIL LIPIDICO			
AUDIOMETRÍA				GLICEMIA EN AYUNAS			
VISIOMETRÍA				ELECTROCARDIOGRAMA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO				
VALORACIÓN POR EPS : PARA CONTROL DE ENFERMEDAD DE BASE RELACIONADA CON EL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS. ACTUALMENTE DESCONTROLADA PR LO QUE DEBE CONSULTAR EN EPS PARA AJUSTE DE TRATAMIENTO, REQUEIRE ADEMAS TRATAMIENTO POR PERFIL LIPÍDICO POR FUERA DE NIVELES NORMALES. LLEVAR EXÁMENES DE LABORATORIO Y ENVIAR HISTORIA CLÍNICA.							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
nota agosto 14 de 2024:} el paciente consulta el dia de ayer a su eps en donde le inician medicacion para control lipidico, e instrucciones nutricionales para su glicemia (no ajustan tratamiento) y se cita a control. Se retira el aplazamiento pero con la recomendación de nueva glicemia en un mes y perfil lipidico en 3 meses maximo. Se aconseja a la empresa hacer seguimiento de este caso.							

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.

Médico



Firma: _____

Nombre: SOSA ALVAREZ ALEX

R. M.: 05-0142-09

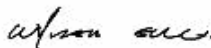
L.S.O.: 2018060237086



Código de Seguridad

D835J1P47731

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: CUERVO JURADO WILMAN ANDRES

CC: 71556539