



¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
 Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
 Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
 Mail: contacto@ingresemos.com
 facturacioningresemos@gmail.com
 www.ingresemos.com
 Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 35.204

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
11 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN TRANSPORTE				
				Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
PARTICULAR				PARTICULARES				
Nombre de la empresa				Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)								
ZAPATA CARDONA FABIO ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	54 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC	98503277	
Apellidos y Nombres					Tipo	Número		
Cargo CONDUCTOR								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA								
Observaciones: DEFECTO VISUAL-OBESIDAD I								
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:								
EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓
VISIONETRIA OCUPACIONAL TAMIZ				✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
ESPECIALISTA : VALORACION CADA AÑO POR OPTOMETRIA		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO : EN SU EPS			
		CAPACITACIÓN			HACER DEPORTE : TRES VECES POR SEMANA			
					DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
ESTE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO Y ESTÁ ENFOCADO EN UNA REVISIÓN, BUSCANDO PATOLOGÍAS ACTIVAS O SECUELAS OSTEOMUSCULARES EN EXTREMIDADES Y COLUMNA, DURANTE SU EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIA PATOLOGÍA O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR QUE PUDIERAN GENERAR LIMITACIONES O RIESGO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES LABORALES. ES UNA EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES SE DEBE VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. CONOCER Y APLICAR EN FORMA CORRECTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD, EVITAR DISTRACCIONES, PROMOVER CONDUCTAS DE NO DISTRACCIÓN. PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS COMPATIBLES CON COVID-19								
EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO Y A LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFIRE QUE ES VERAZ Y ADEMÁS QUE NO OMITE INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA EVALUACIÓN MEDICA HISTORIA CLÍNICA Y CONCEPTO EMITIDO BAJO LAS RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 Y 1918 DEL 2009								
PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA: SE REALIZA AL USUARIO EXAMEN EN LA CUAL SE LLEVAN A CABO 3 SUBPRUEBAS: REACCIONES MÚLTIPLES, COORDINACIÓN BI-MANUAL, Y PERCEPCIÓN DE VELOCIDAD. DONDE SE EVALÚA LA APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ. VALORACIÓN PSICOLÓGICA: NO SE EVIDENCIA ALTERACIÓN MOTRIZ EN LOS PARÁMETROS EVALUADOS AL USUARIO, NI LA EXISTENCIA DE RASGOS PSICOPATOLÓGICOS, ALTERACIONES MENTALES O DE CONDUCTA RELEVANTES PARA LA ESCALA DE SALUD MENTAL QUE PUEDAN SER SIGNIFICATIVOS PARA EL DESEMPEÑO DE 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.

Médico

Firma:

Nombre: ORTIZ TABERA PABLO EMILIO

R. M.: 71700972

L.S.O.: 2023060334448

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: ZAPATA CARDONA FABIO ALEXANDER



Código de Seguridad

Z882F1L35204

CC: 98503277