



Ingresemos sas

¡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

N° 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 LABORO 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 Extranjería, 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			
VISIOMETRIA 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		HÁBITOS 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							
<p>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 EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACION 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 PREVENCIÓN 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 DISTRACCION. PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS COMPATIBLES CON COVID -19</p> <p>EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACION Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO Y A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFIERE QUE ES VERAZ Y ADEMAS QUE NO OMITI INFORMACION RELEVANTE PARA LA EVALUACION MEDICA HISTORIA CLINICA Y CONCEPTO EMITIDO BAJO LAS RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 Y 1918 DEL 2009</p> <p>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.</p>							

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

Código de Seguridad

Z882F1L35204



Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: ZAPATA CARDONA FABIO ALEXANDER

CC: 98503277

