

Ciudad: MANIZALES	Fecha: 09-05-2024	
Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS	Cargo: CONDUCTOR	
Nombre completo: OSCAR EDUARDO MUÑOZ RUIZ	Fecha de nacimiento: 27-09-1988	
Tipo de Documento: CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de identificación: 1060588817	
Dirección: CLL 35 # 10 12	Edad: 35	
EPS: NUEVA EPS	Teléfono: - 3209498153	
ARL:	Sexo: HOMBRE	
Tipo de Examen: INGRESO		

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR
AUDIOMETRÍA: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL
LABORATORIO: PERFIL LIPÍDICO, GLICEMIA, SPA NEGATIVO

ESPIROMETRÍA: SIN ALTERACIONES VENTILATORIAS
VIISIOMETRÍA: OPTOMETRÍA: VISIÓN BILATERAL NORMAL.
OTROS: PSICOSENSOMETRICO: APTO

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y SALUDABLE, MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LA COVID19: LAVAR LAS MANOS, MANTENER UNA DISTANCIA DE SEGURIDAD CON PERSONAS, LIMPIAR Y DESINFECTAR LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TIENES CONTACTO Y PROCURAR EL USO DE TAPABOCAS EN REUNIONES O AGLOMERACIONES.

SE REMITE A SU EPS PARA VALORACION POR ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (P.V.E.)

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

RESPIRATORIO, ACATAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO PARA EVITAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES, BUSCAR ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ORDEN Y ASEO EN SU PUESTO DE TRABAJO, AVISAR CUALQUIER INCIDENTE O EVENTO PARA LA SALUD QUE LE SUCEDA INMEDIATAMENTE POR PEQUEÑO QUE PAREZCA, CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS EN EL DESARROLLO DE SU LABOR, SI REALIZA TAREAS DE ALTO RIESGO VERIFICAR SIEMPRE EL ESTADO DE SUS HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANTES DE INICIAR Y DAR AVISO DE LAS CONDICIONES PELIGROSAS.

RESTRICCIONES

CONCEPTO MÉDICO:

COLABORADOR SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE.

VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR SIN LIMITACIÓN O SECUELAS FÍSICAS QUE IMPIDAN REALIZAR LA LABOR.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS DENTRO DE LA NORMALIDAD.

SE REMITE A SU EPS PARA VALORACION POR ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS LÍPIDOS. NO LIMITA LABOR A DESEMPEÑAR.

CONTROL POR MEDICINA LABORAL EN 3 MESES CON NUEVO PERFIL LIPIDICO.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paracílico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgo del examen médico y/o paracílico(s) ocupacional(es), a partir de la respectiva asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el(las) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Centro Médico Belén para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional. Las respuestas dada por mi en este(os) son verídicos y son completos. Autorizo a la Centro Médico Belén para que suministre a mi empresa y/o a las entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación.




FIRMA MÉDICO

NOMBRE MÉDICO: LAURA JIMENA GARCIA BALLESTEROS
 REGISTRO MÉDICO: 75528

FIRMA PACIENTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1060588817