



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.872

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	02 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES				COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES			
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)							
MONTROYA SERNA JORGE MARIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS	CC	1035416711
Apellidos y Nombres				Tipo	Número		
Cargos CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
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 MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓		
AUDIOMETRÍA		✓	PSICOACTIVO		✓		
VISIOMETRÍA		✓	COLESTEROL		✓		
GLICEMIA		✓	TRIGLICERIDOS		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-GLUCOSA NORMAL -TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO -COLETEROL NORMAL -TRIGLICERIDOS CON LEVE ALTERACION QUE SOLO REQUIERE CAMBIOS ALIMENTARIOS Y EN ACTIVIDAD FISICA, SE LE EXPLICA, NO GENERA RESTRICCIONES .							
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

Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/



Código de Seguridad
N117T1Z32872

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: MONTOYA SERNA JORGE MARIO

CC: 1035416711



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: MONTOYA SERNA JORGE MARIO

Identificación: CC: 1035416711

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CR 34 # 50- 10

Fecha: 19/02/2024

Fecha Nacimiento: 26/03/1987

Edad: 36 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20:

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: MONTOYA SERNA JORGE MARIO

CC: 1035416711