



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.025

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
19 DÍA	01 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)								
VARGAS LOPEZ CRISTIAN DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	36 AÑOS	CC	1128269664	
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 EVALUARÓN 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			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
- GLUCOMETRIA , COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS : NORMALES . PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA								
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				Aspirante o Trabajador				
Firma:				Firma:				
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: VARGAS LOPEZ CRISTIAN DAVID				
R. M.: 5065404				CC: 1128269664				
L.S.O.: S201706010407				Código de Seguridad: D117J1P32025				

RECOMENDACIONES

Paciente: VARGAS LOPEZ CRISTIAN DAVID

Fecha: 19/01/2024

Identificación: CC: 1128269664

Fecha Nacimiento: 23/01/1987

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 36 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 70 # 44-103

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 **L.S.O** S2017060104075

PACIENTE

Cristian Vargas

Firma: _____

Nombre: VARGAS LOPEZ CRISTIAN DAVID

CC: 1128269664