

NIT: 901154336-9 Cel. 301 251 9764

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



N° 33.263

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Second   Part			FECHA	Y CIUDAD DE REALIZACION DE	EL EXAMEN		1	TIP	O DE EXAMEN	MEDICO OCU	JPACIONAL	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE  COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES  Nombre de la empresa  DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (mp. o ab porumeno de labertificación CC cudate de Ciudenteira, CE cudate de Etratigira, Ti Tirpia de los interitos. PT Presigonios  VALENCIA GIL JOSE MANUEL  Genero  Edid Documento de Identificación  VALENCIA GIL JOSE MANUEL  MASCULINO  24 AÑOS  CC  1214746873  Apellidos y Nombres  Conyo  CONDUCTOR  CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL  Observaciones: NO APLICA  CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  N/A  RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y  VISIOMETRÍA  AUDIOMETRÍA  PRICEDO SUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y  VISIOMETRÍA  CICEMIA  TRICLICERIOS  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y  VISIOMETRÍA  CICEMIA  TRICLICERIOS  TRICLICERIOS  TRICLICERIOS  PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  CONTROL DE NO NO REACTIVA . TRIGLICERIO  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN IUN AÑO  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE  SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA  Concestimiento informado del Aspirate o Trabajador audiotro al dactor (a) abajo mencionado a resilizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El documento informado de analizar el propósito, los beneficios, in interpretación concestimiento informado del Aspirate o Trabajador audiotro al dactor (a) abajo mencionado o periordio de servicio consideration del proposito del contracto consideration del propositio del contracto del c				24 EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO								
COPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES  Nombre de la empresa  DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC Ceduto de Ciudadamia, CE. Ceduto de Ciudadamia, C		igsquare		<del></del>			Ļ					
Nombre de la empresa  DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Coucemento de Identificación CC. Cedula de Ectalagienta, T. Tayleta de Identifica; Prasportino  VALENCIA GIL JOSE MANUEL  Apellidos y Nombres  Cargo  CONDUCTOR  CONCEPTO DE APITITUD OCUPACIONAL  APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL  Observaciones: NO APLICA  APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL  Observaciones: NO APLICA  CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  NA RESTRICCIONES LABORALES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  FIDO  NO APLICA  PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  AUDIOMETRIA  COLLISTRA  GUICEMIA  AUDIOMETRIA  GUICEMIA  AUDIOMETRIA  COLLISTRA  GUICEMIA  AUDIOMETRIA  COLLISTRA  COLLIST							ARÁ O LAB					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (11) on Documento de Identificación CEC. Ceduta de Exterpeira, Tr. Traylata de Identificación CEC. Ceduta de Exterpeira, Tr. Traylata de Identificación MASCULINO 24 AÑOS CC 1214746873  Apellidos y Nombres MASCULINO 24 AÑOS CC 1214746873  Apellidos y Nombres MASCULINO 24 AÑOS CC 1214746873  Apellidos y Nombres CONDUCTOR  CONDUCTOR  CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A  RESTRICCIONES LABORALES TIPO RECOMENDACIONES  SIN RESTRICCIONES LABORALES TIPO RECOMENDACIONES  EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  VISIOMETRÍA  CUCIEMIA TRIGUERIDOS  RECOMENDACIONES MÉDICAS PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA TRIGUICERIDO  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DÍA POR 5 DÍAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) bajo mencionado a realizar ne examen médico o cupacional registrado en este documento. El docto abajo mencionado me ha explicado in raturalizar y propósito del examen. He comprendido y he tenido ia oportunidad de amalizar el propósito, les beneficos, la interpretación, la les presonas el la legislación (n) especial de la subsecio del lesislación de lesislac		CC	OPERA	TIVA DE TRANSPORTES	ESPECIALE	ES		COOPERA	ATIVA DE TR	ANSPORT	ES ESPECIALES	
VALENCIA GIL JOSE MANUEL  Apellidos y Nombres  Apellidos y Nombres  Apellidos y Nombres  Apellidos y Nombres  CONDUCTOR  CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL  Observaciones: NO APLICA  CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  N/A  RESTRICCIONES LABORALES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  FIPO  RECOMENDACIONES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  FIPO  RECOMENDACIONES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  FIPO  RECOMENDACIONES  VISIOMETRÍA  PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  COLUMNA  AUDIOMETRÍA  PRICEREDO  RECOMENDACIONES MÉDICAS  PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  COLESTEROL  COLESTEROL  TIRLICERIDOS  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES MÉDICAS  PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  COLESTEROL  TRISLICERIDOS  PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  COLESTEROL  TRISLICERIDOS  TRISLICERIDOS  TRISLICERIDOS  PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS.  SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA.  CORRESTINADO SE ENCACTOR DE TIRBUSSIOS: autorio es assessor à bianco ha reside documento, se beste documento, se residente mis membretos de la Agrirante o in trabajorio residente de comprendido y a resistar de dia escalazion de este examen es voluntaira y que have la operantidad de residence membretos de la decorrea ha comprendido y la resistar de la residazion de este examen es voluntaira y que have la operantidad de la residazion de este examen es voluntaira y que have la operantidad de la residación de residades contempladas en la legislación vigente, la información de la residados contempladas en la legislación vigente, la información del médico evaluate de la residación de médico evaluate de la residación de la residación de la				Nombre de la empresa					Empres	sa en misión		
Apelidos y Nombres  Apelidos y Nombres  Apelidos y Nombres  Cargo CONDUCTOR  CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL Observaciones: NO APLICA  CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  NO APLICA  RESTRICCIONES LABORALES  TIPO RECOMENDACIONES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  FUNDA  FUND	DATOS	DEL TF	RABAJADO	OR / ASPIRANTE (Tipo de Documento	de Identificación CO	C. Cedula de Ciudadar	nía, CE. Cedula	de Extranjería, Ti	. Tarjeta de Identidad,	PT. Pasaporte)		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL Observaciones: NO APLICA CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) NIA RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA NO APLICA NO APLICA FIPO RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA NO APLICA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA COLÚMRA AUDIOMETRÍA PSICOACTIVO VISIOMETRÍA PSICOACTIVO VISIOMETRÍA PSICOACTIVO VISIOMETRÍA PABITOS SALUDABLES REXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL PABITOS SALUDABLES AUDIOMETRÍA COLESTEROL OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA  Consemimento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo el dotor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El dotor cabajo mencionedo me ha explicado la naturiazia y propoblo del examen. He compendido y he incidio la oportunidad de natura recomento. Fil información registrado en este documento. El dotor consenimiento información del Aspirante o Trabajador: autorizo el dotor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El dotor consenimiento monto. Fil información registrado en este documento. El dotor consenimiento monto del Aspirante o Trabajador: autorizo el dotor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El dotor consenimiento monto. Fil información registrado en este documento. El dotor consenimiento en cualquier monton. Fil información registrado en este documento. El dotor consenimiento el sistema de seguidado i anaturiata y que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación cipacional registrado en este documento. El dotor consenimiento el distema de seg			V	ALENCIA GIL JOSE MAN	IUEL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL Observaciones: NO APLICA  CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  N/A  RESTRICCIONES LABORALES TIPO RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA  El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  El cultura de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  El cultura de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  FRUEBA PSICOSENSOMETRICA  COLUBRIA  VISIOMETRIA VISIOMETRIA CICLEBIA  GUICEMIA  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONALES HABITOS SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN ARIO PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN ARIO DIETA BALANCEADA  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS . SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  COMENDACIONES A PRUEBA PSICOSENSOMETRICA . TRIGLICERIDO de personal de analizar el propo dello cios beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor consentimiento el informado del Aspirante o Trabajedor autorizo al doctor (a) abelo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor consentimiento en caudiquier momento. Ful informado de las mais al sultaciones contempladas en la legislación injustica la en este examen se completa y verificas. Alutorizo al doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación injustente para que tem ne caudiquier momento. Ful informado de las misma legislació				Apellidos y Nombres						Tipo	Número	
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL Observaciones: NO APLICA  CARGO)  NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  N/A  RESTRICCIONES LABORALES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  FIPO RECOMENDACIONES  NO APLICA  NO APLICA  FIPO RECOMENDACIONES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  NO APLICA  FIPO RECOMENDACIONES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  COLUMNA  AUDIOMETRÍA  COLUMNA  AUDIOMETRÍA  COLUMNA  AUDIOMETRÍA  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OUPACIONALES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS .  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la sessoría brindada. Entiendo que la realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la sessoría brindada. Entiendo que la realizar mi examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de erreirar oncementimiento informado fel las medidas para proteciones contempladas en la niemalelajeción (logunitente para que remente so complete dos partir de la sessoría brindada. Entiendo que	-	UCTO	R									
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  N/A  RESTRICCIONES LABORALES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  NO APLICA  NO APLICA  NO APLICA  FICONCEPTO de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y  COLUMNA  AUDIOMETRÍA  COLESTEROL  TRIGLICERIDOS  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA  - Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor consentimiento en cualquier menento. Fil informado del as menendado pa partir de la assesoría brindada. Entendo que la realización de este acamen es voluntariar y que tuve la oportunidad de refirar consentimiento en cualquier menento. Fil informado del estema de seguirada y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislació ni quale trada por mien este acemamen so completados an del misma legislació ni quale trada por mien en este documento portunidad de estema en sevoluntaria y que tuve la oportunidad de refirar del menocuento acumento portunidad de estema en sevoluntaria y que tuve la oportunidad de refirar del del sistema de seguiridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislació ni qualemente para que erretin		AF	PTO (S	IN PATOLOGÍAS E	VIDENTE			LOS CF	RITERIOS	MÉDICO	S PARA EL	
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA NO APLICA 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 AUDIOMETRÍA AUDIOMETRÍA PSICOACTIVO  COLESTEROL TRIGLICERIDOS  RECOMENDACIONES MÉDICAS RECOMENDACIONES OCUPACIONALES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA.  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, limitaciones, y riespos del examen médico a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, limitaciones, y riespos del examen médico a prariar de la assesoría brindada. Entinado de relatar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, para de unumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las saluciaciones contempladas en la legislación ni quente, la información registrada en este documento, para del mi filme y que me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leí do y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and en infamente manifiesto que he leí do y comprendido perfectamente lo anterior	Obser	vacion	es: NO	APLICA		CARC	<u>30)                                    </u>					
SIN RESTRICCIONES LABORALES  NO APLICA  FILCONCEPTO DE Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA  PSICOACTIVO  VISIOMETRÍA  COLESTEROL  GLICEMIA  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  HABITOS SALUDABLES  CONTROL DE PESO  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO  ALTERADOS SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he lenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, imitiaciones, y riesgos del evamen en édico a partir de la asesoría bindadada. Entiendo que la realizar of de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar consentimiento en cualquier momento. Ful informado del as medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son complet y veridicas. Autorizo al doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información repistrada en este documento, para el bu cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación vigente, la información repistrada en este documento, para el bu cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación vigente, la información replexidado son de centre de valuador del resultado obtenido a na ride	NO SI	E EVA	LUARÓN	I REQUISITOS DE SALUI	ว (Alturas, E	spacios Confi	inados, M	lanipular Al	imentos)		N/A	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA PRICEDA PSICOACTIVO  VISIOMETRÍA COLESTEROL  GLICEMIA RECOMENDACIONES MÉDICAS RECOMENDACIONES OCUPACIONALES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO PÂUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL HABITOS SALUDABLES  CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERDO ALTERADOS SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, limitaciones, y riesgos del examen médico que la realizario de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de relirar 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 complet y veridicas. Autorizo al doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislació no, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS ac cual me encuentro actualmente afliado. Finalmente manifiesto que he le fido y comprendido per fercamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and em il misma legislació no, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS ac cual me encuentro actualmente afliado. Finalmente manifiesto que he le fido y comprendido per fercamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and em li misma legislació no rigente esta documento, para el bit cumplimiento d	RESTI	राटटाट	ONES LA	BORALES		TIPO		RECOMENDACION			ONES	
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA  VISIOMETRÍA  COLESTEROL  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  CONTROL DE PESO  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, ilimitaciones, y riesgos del examen medico a patri de la assesorá birindada. Entendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuvo la oportunidad de refiar 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 completa y veridicas. 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 bir cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislació on, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a cual me encuentro actualmente affiliado. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que teodos los espacios en blanco han sido completados and em dicune encuentro en caudentro	SIN RI	ESTRIC	CCIONES	LABORALES		NO APLICA		NO APLICA				
AUDIOMETRÍA  AUDIOMETRÍA  CICEMIA  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  HABITOS SALUDABLES  CONTROL DE PESO  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asessoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar 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 complet y vertidicas. Autorizo al doctor (a) para que suministra e a las persoas o entidades contempladas en la legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido y comprendido per efectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and de mi firma y que me encuentro en capacidad de erseparar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del m édico evaluador del resultado obtenido a raiz de mi firma y que me encuentro en capacidad de erseparar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del m édico evaluador del resultado obtenido a raiz de mi firma y que me encuentro en capacidad de expersar mi consentimiento. De igual manera he sido notif	El cor	ıcepto	de Aptit	tud se definió a partir de l	los siguient	es exámenes	practica	dos:				
VISIOMETRÍA  COLESTEROL  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  CONTROL DE PESO  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor hinitaciones, y riesgos del examen medico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen so complet y verificas. Autorizo al doctor (a) y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la legislació ni gente, la información registrada en este documento, para el bu cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislació ni quelmente para que suministre a las personas o entidades contempladas en la misma legislació ni quelmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and en misma legislació no gente, la información registrada en este documento, para el bu cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la legislació ni quelmente para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislació ni quelmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a cual me encuent			ÉDICO OCUI	PACIONAL CON ENFASIS OSTEOM	IUSCULAR Y	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA						
RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  PÂUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  HÁBITOS SALUDABLES  CONTROL DE PESO  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS.  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 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 complet y veridicas. 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 to 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 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 and de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del m édico evaluador del resultado obtenido a raíz de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del m édico evaluador del resultado obtenido a raíz de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del m édico evaluador del resultado	AUDION	ETRÍA				<b>✓</b>	PSICOACTIVO					
RECOMENDACIONES MÉDICAS  RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES  EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  HABITOS SALUDABLES  CONTROL DE PESO  DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS .  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, 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 refirar 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 complet y veridicas. 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 bu 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 cual me encuentro actualmente affiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido per fectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del m édico evaluador del resultado obtenido a raíz de						<b>✓</b>	Υ					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  HABITOS SALUDABLES  CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS .  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al 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, 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 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 complet 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 bu cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la legislación, igualmente para que remitian la Historia Clínica a la EPS a cual me encuentro actualmente análizado. Finalmente manificato que he lei do y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and 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	GLICEM	iA				<b>✓</b>	TRIGLICER	RIDOS			✓	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA  OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS .  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, ilmitaciones, 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 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 complet 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 bi 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 de mi firma y que me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and 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		REC	COMENDA	CIONES MÉDICAS	RECO	OMENDACIONES OCUPACIONALES						
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS .  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, 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 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 complet 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 bi 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 cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ldo y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and 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	EXAMEN	1 VISUAL	DE CONTR	OL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIV	VAS E HIGIENE PO	AS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  - GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS .  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, 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 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 complet 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 bu 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 cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del m édico evaluador del resultado obtenido a raíz de	AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO											
- GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDO ALTERADOS SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA .  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, 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 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 complet 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 bu 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 cual me encuentro actualmente affiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and 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									DIETA BALA	DIETA BALANCEADA		
ALTERADOS.  - SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR 5 DIAS DE SEMANA Y ALIMENTACION BALANCEADA.  Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, 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 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 complet 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 bu 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 cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados and 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	OTRA	S OBS	SERVAC	IONES Y RECOMENDACI	ONES							
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, 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 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 complet 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 bu 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 cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ant 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	ALTER	RADOS HACE	S. E ENFA	SIS EN LA IMPORTAN								
	abajo m limitacion consenti y verídio cumplimi cual me de mi fi	nencionad nes, y r miento e cas. Au iento del e encuent rma y q	lo me ha diesgos del en cualquier ettorizo al de sistema de tro actualme ue me ence	explicado la naturaleza y propósit examen médico a partir de la momento. Fui informado de las r octor(a) para que suministre a las e seguridad y salud en el trabajo y ente afiliado. Finalmente manifiesto uentro en capacidad de expresar r	to del examen. asesoría brindad medidas para pro s personas o en y para las situad o que he leído	He comprendido da. Entiendo que toteger la confiden tidades contemplada y comprendido po	y he tenido la realizaci ncialidad de adas en la li as en la mis erfectamente	la oportunida ón de este e mis resultados egislaci ón vige ma legislaci ór lo anterior y	nd de analizar el examen es volun . Las respuestas ente, la informació n, igualmente para que todos los es	propósito, los taria y que tu dadas por mí ón registrada e u que remitan l spacios en bla	s beneficios, la interpretación, las uve la oportunidad de retirar mi en este examen son completas en este documento, para el buer a Historia Clínica a la EPS a la unco han sido completados antes	

Médico	Aspirante o Trabajador						
Row Lapat							
Firma:	<b>Loffs 1</b>						
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO  Código d							
R. M.: 5065404 L.S.O.: \$201706010407! <b>A117G</b>	<b>1M33263</b> cc: 1214746873						
	NIT : 901154336-9  Cel. 301 251 9764  arrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín gerenciamasmedicos@masmedellin.com						
RE	COMENDACIONES						
Paciente: VALENCIA GIL JOSE MANUEL	Fecha: 05/03/2024						
Identificación: CC: 1214746873	Fecha Nacimiento: 26/07/1999						
Cargo: CONDUCTOR	Edad: 24 AÑOS						
Género: MASCULINO	Estado Civil: SOLTERO(A)						
<b>Dirección:</b> CLL 29 A # 50-85	Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)						
RECOMENDACIONES MÉDICAS AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL I	DE CONTROL EN UN AÑO						
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUD							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							
MÉDICO	PACIENTE						
Rowl Impat	€ - wat						
Firma:	Firma:						
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO	Nombre: VALENCIA GIL JOSE MANUEL						
<b>R.M.</b> 5065404 <b>L.S.Q</b> S2017060104075	<b>CC</b> : <u>1214746873</u>						