



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.633

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	11 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			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)							
OCAMPO MENA LEON FABIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	45 AÑOS	CC	98630915
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL							
Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA							
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		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.				SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				SVE OSTEOMUSCULAR		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-GLUCOMETRIA , COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA							
-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN VISUAL QUE LE GENERA ALTERACIÓN EN LA VISION DE COLORES, DICHA CONDICION PUEDE LLEGAR A AUMENTAR EL RIESGO DE ACCIDENTALIDAD. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EL EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCION E HISTORIAL DE MANEJO. SE SUGIERE CONSULTA POR OPTOMETRIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO							
-CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON AUDICIÓN NORMAL POR OÍDO DERECHO; CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON DESCENSO							
AUDITIVO LEVE POR OÍDO IZQUIERDO EN FRECUENCIAS 3-4 HZ CON CONSERVACIÓN DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES, EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS							
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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

B117H1N30633

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OCAMPO MENA LEON FABIO

CC: 98630915

MASMEDICOS
Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: OCAMPO MENA LEON FABIO

Identificación: CC: 98630915

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CLL 56 E # 25 17

Fecha: 22/11/2023

Fecha Nacimiento: 01/12/1977

Edad: 45 AÑOS

Estado Civil: CASADO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR, SVE VISUAL

MÉDICO

Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10

L.S.O. 2017060104660

PACIENTE

Firma:

Nombre: OCAMPO MENA LEON FABIO

CC: 98630915