OPTIMUS
-Soluciones Ocupacionales-
NIT - 71633161-2
www.optimusso.com gerencia@optimusso.com 301 770 5891 - 310 456 2424



N° 25.401

30	8	2024

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL DE CONTROL O PERIODICO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuario: VIAS DE ORIENTE S.A.S
Actividad Económica: MANTENIMIENTO DE VIAS
Lugar del Exámen Ocupacional: A UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Fecha de Ingreso: 30/08/2024 11:45 AM **Fecha de Egreso:** 02/09/2024 10:06 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: CORREA HIDALGO LUIS FERNANDO

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 70724823
Género: MASCULINO **Edad:** 58 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 16/12/1965 **Lugar de Nacimiento:** SONSON (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: PRIMARIA **Estado Civil:** CASADO(A)
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CALLE 18 #6-20 SONSON (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3116206251
EPS: NUEVA **ARL:** COLMENA **AFP:** COLPENSIONES

OCUPACIÓN: OBRERO, MANTENIMIENTO DE VIAS

EXÁMENES REALIZADOS

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA TAMIZ,VISIOMETRIA,CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL DE CONTROL PERIODICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular A **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES/OCUPACIONALES	TIPO	RECOMENDACIONES
LIMITAR MANEJO DE CARGA NO MAYOR DE 10 KG CONTINUOS	TEMPORAL	1.- CUMPLIR LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2.- USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; 3.-USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN RUIDOS POR ENCIMA DE 60 DB. ; 4.-USAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO; 5.-CONOCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN; 6.- INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD; 7.-INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA; 8.- MANTENGA EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO , ACTUALIZADO Y ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGODE ACUERDO A SU ACTIVIDAD LABORAL Y EXTRALABORAL , ADJUNTE COPIA DE SU CARNET DE VACUNACION A LA HOJA DE VIDA . 9.- MANTENER HABITOS SALUDABLES Y DIETA BALANCEADA
.	PERMANENTE	SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRA CADA AÑO EN SU EPS, CONTINUAR EL USO DE LENTES CORRECTIVOS.
.	TEMPORAL	CONTINUAR CONTROL DE LIPIDOS EN SANGRE CON MEDICO EN SU EPS.

.	PERMANENTE	ALTERACION VISUAL: TIPO CROMÁTICO (ALTERACIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN DE COLORES), NO ES POSIBLE CORREGIR, PERO, NO LE GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES DIRECTAS PARA SU OCUPACIÓN. TENER EN CUENTA QUE EN SU SITIO DE TRABAJO CUENTE CON LA ILUMINACIÓN ADECUADA Y ASEGURARSE QUE LAS SEÑALES DE PELIGRO SEAN IDENTIFICADAS Y ENTENDIDAS ADECUADAMENTE POR EL TRABAJADOR. SE SUGIERE LIMITAR ACTIVIDADES CUANDO SE REQUIERA LA COMBINACION DE COLORES EN UN MISMO PLANO.
LIMITAR AREAS DE RUIDO INTENSO Y CONTINUO NO MAYOR DE 60 DB	TEMPORAL	AMPLIAR ESTUDIO AUDITIVO CON MEDICO EN SU EPS , SE REMITE.
.	TEMPORAL	USO OBLIGATORIO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE RUIDO INTENSO Y CONTINUO ; LUEGO DE LA CONCLUCION CLINICA SOLICITAR CONTROL CON MEDICO OCUPACIONAL Y APORTAR LA HISTORIA CLINICA PARA DETERMINAR ACTIVIDADES LABORALES.
LIMITAR ACTIVIDAD DE RIESGOS CON ALTURAS, MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS , TRABAJO EN HORAS DE LA NOCHE, MANEJO DE INSTRUMENTOS O EQUIPOS QUE CAUSEN VIBRACION INTENSA Y CONTINUO.	TEMPORAL	AMPLIAR ESTUDIO HEMODINAMICO CON MEDICO EN SU EPS , SE REMITE.
.	TEMPORAL	AMPLIAR ESTUDIO DE SU PRESION ARTERIAL CON MEDICO EN SU EPS , SE REMITE.
LIMITAR ACTIVIDADES LABORALES Y EXTRALABORALES QUE INVOLUCRE LA POSICION DE LAS RODILLAS SOBRE EL PISO .	TEMPORAL	PRESENTA EVENTO EN EXTREMIDADES INFERIORES, CONTINUAR CNTROL CON MEDICO EN SU EPS . MANTENER ADECUADO CALZADO SEGURO Y COMODO.
.	TEMPORAL	TERMINADA LA ULTIMA ATENCION MEDICA (EL ALTA MEDICA) APORTAR LA(S) HISTORIA(S) CLINICA PARA DETERMINAR QUE ACTIVIDADES LABORALES A REALIZAR.

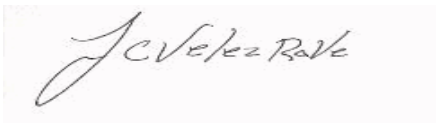
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1.-EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: MENTALMENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA; ENFASIS EN PRUEBAS NEUROLOGICAS DE COORDINACION ESTATICAS Y DINAMICAS, ALTERADAS ; ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL,TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES (EVENTO Y RESTRICCIONES) .SIN EVENTOS DERMATOLOGICOS.
2.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL , ALTERADA Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
4.-SE REALIZA AUDIOMETRIA: SU CAPACIDAD AUDITIVA ESTÁ DISMINUIDA, PERO PUEDE EXPONERSE A RUIDO, CON EL USO PERMANENTE DE LA PROTECCIÓN ADECUADA Y EL SEGUIMIENTO NECESARIO.

SE REALIZA ATENCION POR EL EQUIPO SANITARIO CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Consentimiento informado: Bajo gravedad de juramento afirmo que contestado preguntas sin omitir información y son verídicas y verificables sobre mi historia de salud. Asisto voluntariamente, he sido informado (a), acepto, conozco, comprendo la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias diagnosticas realizadas .Para una atención integral y verificable se aporte a la historia clínica electrónica mi foto, huella y firma, se guarde de manera electrónica garantizando reserva y confidencialidad, entregando solo al empleador el Certificado Médico de mi Aptitud física y mental cuando esta última se requiera. El objetivo es establecer mi actual estado de salud y la aptitud para la posible actividad laboral en la empresa Autorizo para que informe al médico de salud ocupacional o laboral de la Empresa sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social). Acepto recomendaciones y restricciones sobre mi salud y puesto de trabajo para cumplir mi labor.

Médico



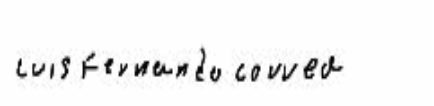
Firma:

Nombre: VELEZ RAVE JUAN CARLOS

R. M.: 5-1003-97 **L.S.O.:** 123526-15

Código de Seguridad
F44L1R25401

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CORREA HIDALGO LUIS FERNANDO

CC: 70724823