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



N° 25.415

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 02:16 PM **Fecha de Egreso:** 03/09/2024 11:27 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: TABARES VALENCIA EDUARDO DE JESUS

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 15351662
Género: MASCULINO **Edad:** 65 AÑOS 3 MESES 5 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 30/05/1959 **Lugar de Nacimiento:** LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: SECUNDARIA **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CALLE 3A #10-05 LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3217859536
EPS: NUEVA **ARL:** COLMENA **AFP:** PROTECCION

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
.	PERMANENTE	1.- CUMPLIR LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2.- USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; 3.-REALIZAR GIMNASIA ACTIVA Y ADQUIRIR HÁBITOS DE BUENA POSTURA; 4.-USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN RUIDOS POR ENCIMA DE 80 DB. ; 5.- EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 50 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 25 KG. SI REQUIERE MANEJO DE MAS PESO HACER USO DE EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA; 6.-USAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO; 7.-CONOCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN; 8.- INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD; 9. -INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA; 10. - 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 . 11.- MANTENER HABITOS SALUDABLES Y DIETA BALANCEADA

.	PERMANENTE	SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRA CADA AÑO EN SU EPS, CONTINUAR EL USO DE LENTES CORRECTIVOS.
LIMITAR AREAS DE RUIDO INTENSO Y CONTINUO NO MAYOR DE 60 DB	TEMPORAL	AMPLIAR ESTUDIO AUDIOMETRICO CLINICO 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.
.	PERMANENTE	CONTINUAR CONTROL DE SU PRESION ARTERIAL CON MEDICO EN SU EPS.
.	PERMANENTE	PRESENTO EVENTO EN LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA, SIN RESTRICCIONES.
.	PERMANENTE	: CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR LA EDAD DEL TRABAJADOR: CON POSIBLES EVIDENCIA DE PATOLOGÍA ACTUAL Y SIN LIMITACIÓN FUNCIONALFISICA EN EL MOMENTO QUE PUDIERA AFECTAR EL DESEMPEÑO DE SU OCUPACIÓN ACTUAL, TENER EN CUENTA QUE ES UN ADULTO MAYOR, CON UNA POSIBLE MERMA GLOBAL DE SU CAPACIDAD DE TRABAJO ASOCIADA A SU EDAD, SE DEBE VERIFICAR, EN EL MOMENTO DE SU TRABAJO, QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN SUS CAPACIDADES FÍSICAS Y MENTALES

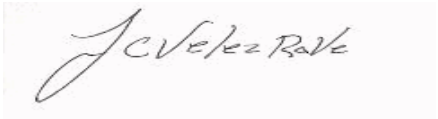
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1.-EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: MENTALMENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA; ENFASIS EN PRUEBAS NEUROLOGICAS DE COORDINACION ESTATICAS Y DINAMICAS ,NORMALES ; ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL,TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, NORMALES.SIN EVENTOS DERMATOLOGICOS.
2.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL , ALTERADO Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
3.-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



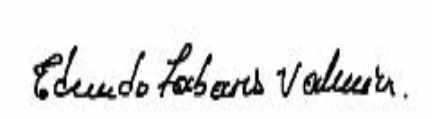
Firma:

Nombre: VELEZ RAVE JUAN CARLOS

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

Código de Seguridad
B44H1N25415

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TABARES VALENCIA EDUARDO DE JESUS

CC: 15351662