CONSULTORIO MÉDICO ADSCRITO A:

Salud Humana
Germán Maldonado MD.

Cel: 3167561793
E mail: gmsaludhumana@gmail.com
Calle 40 F Sur No. 74 F - 22 C. Kennedy Bogotá

Ciudad: Bogotá

Fecha: DIA 25 MES 11 AÑO 2019

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 14927

Empresa: SUBRED INTEGRADA de SERV SALUD S.O ESE

Tipo de examen: EXPRESO

Énfasis: OSTEOMUSCULAR

Este documento es válido solo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha, copia de este documento en nuestros archivos y resultados de exámenes paraclínicos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros.

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: FONSECA ROMERO JOSE NOE.

Cargo: CAMILLERO | Doc CC No. 1024583195 | Edad (años) 24

CONCEPTO

- [x] Apto para desempeñar el cargo
- [ ] Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo
- [ ] Aplazado
- [ ] Satisfactorio
- [ ] No satisfactorio
- [ ] Presenta patología modificable con el estilo de Vida
- [ ] Hay restricciones a su labor
- [ ] Examen de egreso satisfactorio
- [ ] Examen de egreso no satisfactorio
- [ ] Otro

Motivo del aplazamiento: NO

Restricciones: NO

Descripción adicional del concepto: NO

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- [ ] Audiometría
- [ ] Visiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Prueba psicométrica
- [ ] Electrocardiograma
- [ ] Lab. Clínico
- [ ] RX
- [ ] Prueba de esfuerzo

Otros exámenes: NO

Descripción de resultados: Sobrepeso

RECOMENDACIONES:

- [ ] Control periódico por EPS
- [ ] Remisión a EPS
- [ ] Continuar manejo médico
- [ ] Seguimiento caso ARL
- [x] Control periódico ocupacional
- [x] Higiene postural
- [x] Utilización de EPP
- [x] Pausas activas periódicas
- [x] Dieta
- [ ] Ejercicio regular 3 veces a la semana
- [ ] Dejar hábito de fumar
- [ ] Reducir consumo de alcohol

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), registrado(s) en este documento. Conforme quedó registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen medico y/o paraclínico (s) cupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomará GM SALUD HUMANA E.U. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a GM SALUD HUMANA E.U. para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

MÉDICO

GERMAN MALDONADO M.
Medico Cirujano
R M 19438233
Esp Salud Ocupacional
Res 0234 del 29/05/13

Firma y sello

VERIFIQUÉ LA HUELLA DACTILAR

ASPIRANTE O TRABAJADOR: Jose Noe F.

Firma:

Huella Dactilar Indice Der.



Scanned by CamScanner