



DE APTITUD OCUPACIONAL (CERTIFICADO)

Salud Humana
Nit.: 900.195.836-1

Cel.: 316 756 17 93 - gmsaludhumana@gmail.com

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. Ud. puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros.

25

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nº 11762

Nombre de la Empresa cliente

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENABOY

Teléfono:

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres

DROS GAITAN ADRIANA

Cargo

AUX. DE ENFERMERIA

Documento de Identidad (Tipo y Número)

CC 5178290X

Edad (Años)

51

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha de Realización

18 07 2016

Tipo de Examen (Seleccione la opción correspondiente)

☒ INGRESO

☐ PERIÓDICO

☐ EGRESO

Enfasis

osteomuscular

☐ REINTEGRO

☐ OTRO

¿Cuál?

CONCEPTO (Seleccione la opción correspondiente y en la sección OTRO, escriba el concepto respectivo).

☒ APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

☐ LAS PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS SON INCOMPATIBLES CON EL PERFIL DEL CARGO

☐ APLAZADO Por motivo de:

☐ OTRO

¿Cuál?

EXAMEN DE EGRESO
SATISFACTORIO

SI

NO

EXAMEN PERIÓDICO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐ APLAZADO

☐ PRESENTA PATOLOGÍA MODIFICABLE CON ESTILO DE VIDA

☐ HAY RESTRICCIONES A SU LABOR CUALES:

Descripción de Resultados

① Hipertensión Arterial Sistólica ②

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

NORMAL ANORMAL

AUDIOMETRÍA

☐

☐

VISIOMETRÍA

☐

☐

OPTOMETRÍA

☐

☐

OTROS:

NO

NORMAL ANORMAL

ESPIROMETRÍA

☐

☐

PRUEBA PSICOMÉTRICA

☐

☐

ELECTROCARDIOGRAMA

☐

☐

OTROS

RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

Control JA

MANEJO POR EPS/ARP

Control periódico PP por EPS

Remisión a EPS

Continuar manejo médico

Seguimiento caso ARL

Remisión a ARL para manejo del caso

☐

☒

☐

☐

☐

OCUPACIONALES

Control periódico ocupacional

Higiene postural

Utilización de EPP

Pausas activas periódicas

☒

☒

☒

☒

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

Dieta

Ejercicio regular 3 veces / sem

Dejar el hábito de fumar

Reducir el consumo de alcohol

☐

☐

☐

☐

Incluir en PVE de:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (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 médico y/o paraclínico (s) ocupacional(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 para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en esta(s) 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.

Médico Cirujano

Esp. Salud Ocupacional

Res. 6234 del 29/05/13

Aspirante o Trabajador:

Adriana Gaitan

Firma y Sello:

Firma:

Huella

44