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: Bta

Fecha	DIA	MES	AÑO
	11	12	2019

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 14986

Empresa: SUBRED INTEGRADA de SERV. SDOD SD.

Tipo de examen: INGRESO

Enfasis: 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: CASTRO VERU ANAIME

Cargo: Aux. de Lactario | Doc: CC No. 30517416 | Edad (años): 57

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: ① miopia ② Presbicia ③ Vmcs.

RECOMENDACIONES: Control x optometria

- [x] 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
- [ ] Dieta
- [ ] Ejercicio regular 3 veces a la semana
- [ ] Dejar hábito de fumar
- [ ] Reducir consumo de alcohol

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica: SI

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	ASPIRANTE O TRABAJADOR:	Huella Dactilar Indice De
GERMAN MALDONADO M. Medico Cirujano R.M. 16438733 Esp. Salud Ocupacional Res. 6524 del 29/05/13	ANAIME CASTRO VERU	
Firma y sello VERIFIQUÉ LA HUELLA DACTILAR	Firma:	

Escaneado con CamScanner