CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

(CERTIFICADO)

Salud Humana
Nit.: 900.195.836-1
Cel.: 316 756 17 93 - gmsaludhumana@gmail.com

Este Documento es válido sólo 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. Ud. puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros.

Nº 11806

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa cliente: USSO Kennedy | Teléfono: —

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: RODRIGUEZ DIAZ BERNARDO ELIAS

Cargo: futurador | Documento de Identidad (Tipo y Número): CC 1938305B | Edad (Años): 18

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha de Realización: 20-07-2016

Tipo de Examen (Seleccione la opción correspondiente): (✓) INGRESO ( ) PERIÓDICO ( ) EGRESO ( ) REINTEGRO ( ) OTRO ¿Cuál?

Enfasis: osteomuscular

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

EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO SI ( ) NO ( )

(✓) APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

( ) LAS PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS SON INCOMPATIBLES CON EL PERFIL DEL CARGO

( ) APLAZADO Por motivo de:

( ) OTRO ¿ Cuál ?

EXAMEN PERIÓDICO

( ) SATISFACTORIO ( ) NO SATISFACTORIO ( ) APLAZADO

( ) PRESENTA PATOLOGIA MODIFICABLE CON ESTILO DE VIDA

( ) HAY RESTRICCIONES A SU LABOR CUALES:

Descripción de Resultados

(1) Asintomatico (2) Hallux valgo IZQ

EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL
AUDIOMETRÍA	( )	( )	ESPIROMETRÍA	( )	( )
VISIOMETRÍA	( )	( )	PRUEBA PSICOMÉTRICA	( )	( )
OPTOMETRÍA	( )	( )	ELECTROCARDIOGRAMA	( )	( )

OTROS: No

OTROS

RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

MANEJO POR EPS/ARP		OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA	
Control periódico PP por EPS	( )	Control periódico ocupacional	(✓)	Dieta	( )
Remisión a EPS	( )	Higiene postural	(✓)	Ejercicio regular 3 veces / sem	( )
Continuar manejo médico	( )	Utilización de EPP	(✓)	Dejar el hábito de fumar	( )
Seguimiento caso ARL	( )	Pausas activas periódicas	(✓)	Reducir el consumo de alcohol	( )
Remision a ARL para manejo del caso	( )				

Incluir en PVE de: Nivel

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