CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

(CERTIFICADO)

Salud Humana
Nit.: 900.195.836-1

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

Nº 11999

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.

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERV. DE SALUD SURORIENTE. | Teléfono: —

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: CASTAÑEDA BELTRAN ADRIANA PATRICIA

Cargo: ENFERMERA — | Documento de Identidad (Tipo y Número): CC 1030565031 | Edad (Años): 26

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha de Realización: 26 08 2016

Tipo de Examen (Seleccione la opción correspondiente): [x] 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 [ ]

[x] 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

SANO.

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	[x]	Dieta	[ ]
Remisión a EPS	[ ]	Higiene postural	[x]	Ejercicio regular 3 veces / sem	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Utilización de EPP	[x]	Dejar el hábito de fumar	[ ]
Seguimiento caso ARL	[ ]	Pausas activas periódicas	[x]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
Remision a ARL para manejo del caso	[ ]				

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 medico 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 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

Firma y Sello: _____

GERMAN MALDONADO M.
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Res. 6234 del 29/05/13

Aspirante o Trabajador:

Firma: Adriana Castañeda Beltrán

Huella