



Salud Humana
Nº: 000.108.836-1

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Cel.: 316 756 17 93 - www.gmsaludhumana.ws

Nº 10260

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a) doctor(a) adaptado(a), a realizar en mí el examen médico y/o parámetros (s) ocupacional (es), registrados en este documento. Entiendo que el resultado registrado en la libreta clínica (ocupacional) (s) doctor(a) adaptado(a) no ha afectado la naturaleza y propósito del examen médico y/o parámetros (s) ocupacional (es). He comprendido y he tomado la decisión de aceptar el diagnóstico, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgo del examen médico y/o parámetros (s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que toma GM Salud Humana para proteger la confiabilidad de mis resultados. He leído y/o escuchado el concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mí persona la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este(s) examen(s) son verdaderas y veraces. Autorizo a GM Salud Humana E.U. para que suministre a las personas o entidades contratadas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa cliente

Hospital de Kennedy

Dirección del Centro de Trabajo

149

Teléfono

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres

RODRIGUEZ RONDON SANDRA LILIANA

Documento de Identidad (Tipo y Número)

CE 152.922.095

Edad (Años)

31

Cargo

Aux. de enfermería

Sección

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha de Realización

16.07.14

Tipo de Examen (Seleccione la opción correspondiente)

☒ INGRESO

☐ PERIÓDICO

☐ EGRESO

☐ REINTEGRO

☐ OTRO
¿Cuál?

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

☒ APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

APTOS PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ SI ☒ NO

☐ LAS PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS SON INCOMPATIBLES CON EL PERFIL DEL CARGO

APTOS PARA MANIPULAR ALIMENTOS ☐ SI ☒ NO

☐ 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 (Escriba en términos sencillos y claros la interpretación de los hallazgos; y las limitaciones y/o restricciones que determinan el concepto de aptitud).

SIM

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL		OTROS
AUDIOMETRÍA	☒	☐	ESPIROMETRÍA	☒	☐		
VISIOMETRÍA	☒	☐	PRUEBA PSICOMÉTRICA	☒	☐		
OPTOMETRÍA	☒	☐	ELECTROCARDIOGRAMA	☒	☐		
OTROS:							

RECOMENDACIONES

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARP

Control periódico PP por EPS ☒

Remisión a EPS ☒

Continuar manejo médico ☒

Seguimiento caso ARP ☒

Remisión a ARP 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 ☒

REMISIÓN EPS

☒ SI ☐ NO

Recomendaciones Específicas:

MÉDICO

Firma y Sello:

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

Aspirante o Trabajador:

Firma:

Huella