



NIT: 4612476-3
Avenida 1ro de mayo
(TV 74 F) # 40 B 69 sur piso 2
TEL : 2652890- 3137314040
E-MAIL dreduardo@gmail.com
Bogota D.C.

Fecha: 26/11/2019

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 01948

Empresa:

Tipo de examen:

Énfasis:

Este documento es válido sólo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha. Copia de este documento y resultados de exámenes paraclínicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros al 3137314040 y 2652890.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres:

Cargo: Psicólogo Doc: No: 52-828-530 Edad (años): 39

CONCEPTO

☒ Ingreso

☐ Periódico

☐ Egreso

- ☒ Apto sin restricciones para el cargo
- ☐ Apto con restricciones compatibles para 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:

☒ Ninguno

Restricciones:

☒ Ninguna

Descripción adicional del concepto:

☒ Ninguno

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- ☒ Audiología
- ☒ Visiometría
- ☒ Optometría

- ☐ Espirometría
- ☐ Prueba psicométrica
- ☐ Electrocardiograma

- ☐ Laboratorio, Clínico
- ☐ Rayos X
- ☐ Prueba de esfuerzo

Otros exámenes:

Descripción de resultados:

En límites normales

RECOMENDACIONES:

Sob las siguientes

Y SEGUIR LAS SIGUIENTES:

- ☐ Control periódico por EPS
- ☐ Remisión a EPS (ver a que servicio)
- ☐ Continuar manejo médico
- ☐ Seguimiento caso ARL

- ☒ Control periódico ocupacional
- ☒ Higiene postural
- ☒ Utilización de Elementos de seguridad profesional
- ☒ Pausas activas periódicas

- ☐ Dieta
- ☒ Ejercicio regular 3 veces a la semana
- ☐ Dejar hábito de fumar
- ☐ Suspender bebidas alcohólicas

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica.

☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular

Servicio remitido a EPS:

☒ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo al doctor abajo mencionado, a realizar en mí el examen médico y paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM que tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto médico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo a UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registradas en el momento, para el buen cumplimiento del del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

MÉDICO:

Firma y Sello:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma y numero de doc: 52-828-530.

HUELLA

