CONSULTORIO MÉDICO	WhatsApp 316 756 1793 E-mail: germanalfonso60@gmail.com Calle 40 F Sur No. 74 F - 22 C. Kennedy Bogotá	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)**
Germán Maldonado MD.	Ciudad: Bogotá -	Nº 16199
	Fecha: DIA 17 MES 06 AÑO 2021	Empresa: SUBRED INTEGRADA de SERV. SALUD S.O. Tipo de examen: INGRESO. Énfasis: OSTEOMUSCULAR / COVID

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: RUIZ CERVERA MONICA ANDREA

Cargo: Médico patólogo | Doc CC No. 52989769. | Edad (años): 37

CONCEPTO

[x] Apto para desempeñar el cargo	[ ] Satisfactorio	[ ] Examen de egreso satisfactorio
[ ] Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo	[ ] No satisfactorio	[ ] Examen de egreso no satisfactorio
[ ] Aplazado	[ ] Presenta patología modificable con el estilo de Vida	[ ] Otro
	[ ] Hay restricciones a su labor	

Motivo del aplazamiento: NO

Restricciones: NO

Descripción adicional del concepto: NO presenta comorbilidades por covid 19 -

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

[ ] Audiometría	[ ] Espirometría	[ ] Lab. Clínico	Otros exámenes: NO -
[ ] Visiometría	[ ] Prueba psicométrica	[ ] RX	
[ ] Optometría	[ ] Electrocardiograma	[ ] Prueba de esfuerzo	

Descripción de resultados: SANO -

RECOMENDACIONES:

[ ] Control periódico por EPS	[ ] Control periódico ocupacional	[ ] Dieta
[ ] Remisión a EPS	[ ] Higiene postural	[ ] Ejercicio regular 3 veces a la semana
[ ] Continuar manejo médico	[ ] Utilización de EPP	[ ] Dejar hábito de fumar
[ ] Seguimiento caso ARL	[ ] Pausas activas periódicas	[ ] Reducir consumo de alcohol

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica:

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 Der.
GERMAN MALDONADO M. Médico Cirujano R.M. 19438233 Esp. Salud Ocupacional Res. 6234/del 29/05/13		
Firma y sello VERIFIQUÉ LA HUELLA DACTILAR	Firma:	