

MEDICAS #1 IPS SAS

NIT: 900960148-4

Código prestador de servicio: 1100129797



CONCEPTO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN
27 1 2020 BOGOTÁ DC
DÍA MES AÑO CIUDAD

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Nº 2031

HORA DE ENTRADA: 0:00 AM

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

MIN DEFENSA NACIONAL

NOMBRE DE LA EMPRESA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

RODRIGUEZ RONDON

MARTHA

Genero

Edad

Documento de identidad

Años: 33

FEMENINO

Meses: 11

CC

1.030.531.121

Días: 1

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

CARGO: Auxiliar de enfermería

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

RECOMENDACIONES

NINGUNA

NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA: Normal con control anual / **Visiometria:** Normal con control anual / **Osteomuscular:** normal / **Glucometria** 126 mg en ayunas.

Otras observaciones y recomendaciones:

MEDICINA PREVENTIVA: AUTOCUIDADO EN EL SITIO DE TRABAJO, ADECUADOS HABITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y FORTALECIMIENTO MUSCULAR, CUIDADOS CON LA ALIMENTACIÓN, TÉCNICA DE LAVADOS DE MANOS CON EL FIN DE EVITAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS, USO DE EPP ACORDE A SU PUESTO LABORAL Y SEGURIDAD. CONTROL POR MEDICINA GENERAL Y OPTOMETRIA ANUAL EN SU EPS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente la anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:

[Firma manuscrita]
JUAN CARLOS RONDON R.
Residente en Medicina General
Secretaría de Salud

Firma: *Martha Rodriguez*

Nombre: RODRIGUEZ RONDON MARTHA

CC N°: 1.030.531.121

