

que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Nombre:

REPUBLICA DE GUATEMALA
Ministerio de Gobernación
Resolución de la Junta Electoral
Secretaría Distrital de Salud

CC N°:

1.030.531.126



MEDICAS #1 IPS SAS
NIT: 900960148-4
Codigo prestador de servicio: 110012979701

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL					
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ DC	PERIODICO	N° 2158
			CIUDAD	HORA DE ENTRADA: 04:30 PM	
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR			MIN DEFENSA NACIONAL		
NOMBRE DE LA EMPRESA			NIT		
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	
		FEMENINO	Años: 36	CC	1.030.531.126
			Meses: 2		
			Días: 1		
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
NINGUNA		N/A		ROUTINARIAS	
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 / Glucometría : 133 mg pospandrial					
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					