| | | |
|---|---|---|
| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | |
| | DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | |
| | CONCEPTO MEDICO | |
| | Regional | Tolima |
| | Centro | Centro Agropecuario de la Granja |
| Nombre | GINA KATERINE ANDRADE MORENO | |
| Tipo Examen | Examen Medico Periodico | |
| Fecha Creación | 2023-05-08 | |

**CONCEPTO**

02. Puede seguir laborando con recomendaciones dadas por el medico tratante

**RECOMENDACIONES CONCEPTO**

NO SE ENCUENTRA RESTRICCION MEDICA PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO.

**RESTRICCIONES CONCEPTO**

SIN RESTRICCION

**REQUIERE EXAMEN:**

| | |
|---|---|
| PSICOLOGICO | No |
| GENERAL | No |
| ESPECIALISTA | No |
| ADICIONAL | No |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

| Aspirante o Trabajador | | Medico | |
|---|---|---|---|
| Nombre | GINA KATERINE ANDRADE MORENO | Nombre | Miguel Angel Barrios Rengifo |
| Firma | | Firma | |
| Numero Identificacion | CC. 38142030 | Sello | |

Dr. Miguel Angel Barrios R.
Médico y Cirujano
Esp. Medicina del Trabajo
R.M. 73942-87
Lic. Salud Ocupacional 870
U. Del Valle U. del Rosario

Powered by CamScanner