

CONSULTORIO MÉDICO
ADSCRITO A:



Salud Humana
Germán Maldonado MD.

Cel: 3167561793
E mail: gmsaludhumana@gmail.com
Calle 40 F Sur No. 74 F - 22 C. Kennedy Bogotá

Ciudad:

Bogotá

Fecha:

DÍA	MES	AÑO
20	11	2019

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD
OCUPACIONAL (Certificado)
Nº 14899

Empresa: SUBRED INTEGRADA
de SERV. SAUD S.O. EST

Tipo de examen: IMPORTO

Énfasis: osteomuscular

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 paraclinicos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros.

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres:

MALDONADO OPOLA LILIANA

Cargo: aux de enfermería

Doc. No. 102456709X

Edad (años)

24

CONCEPTO

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ 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

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|------------------------------|
| ☐ Audiometría | ☐ Espirometría | ☐ Lab. Clínico | Otros exámenes:
<u>NO</u> |
| ☐ Visiometría | ☐ Prueba psicométrica | ☐ RX | |
| ☐ Optometría | ☐ Electrocardiograma | ☐ Prueba de esfuerzo | |

Descripción de resultados:

Obesidad miopía + hipertensión

RECOMENDACIONES:

Bajar de peso - control + optometría

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ 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) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinico (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 médico y/o paraclinico (s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que toma a GM SALUD HUMANA E.U. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mí mismo bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este(s) 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 Índice Der

GERMÁN MALDONADO M.
Médico Cirujano
R.M. 19438233
Eso Salud Ocupacional
Res. 6234 del 29/05/13

Liliana Maldonado O.



Firma y sello

VERIFIQUÉ LA HUELLA DACTILAR

Firma: