DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL CLAVIJO

MEDICO GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 19193032 M.S LIC.0170105 HABILITACION S.S.B- 1100137518
UNIVERSIDAD NACIONAL



FECHA: 11 de abril de 2024 [X] *Examen de Ingreso* [ ] *Examen de Egreso* [ ] *Examen Periódico*
Control *Control* *Control*

NOMBRE: MARY ALEJANDRA JIMENEZ LADINO **EDAD:** 24 AÑOS **SEXO:** F

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.022.447.004 **R.H:** O +

EMPRESA: INDEPENDIENTE **PESO:** 47 KG

CARGO: PSICOLOGA

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Espirometría.	
Audiometría.	
Optometría	
Psicométrico	
Cardiovascular	X NORMAL
Osteomuscular	X NORMAL
Vacunación.	***ACTUALIZADO***

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático		*Frotis Faríngeo/con cultivo*	
Serología		*KOH Uñas*	
Glicemia		*Prueba de Embarazo*	
Colesterol		*Hemoclasificación*	
Triglicéridos		*TSH*	
Parcial de Orina		*Amilasa*	
Sodio		*Basiloscopía*	
Potasio			
Plomo			

Impresión Diagnostica: *A la fecha hacemos constar que el trabajador fue examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes que se exponen a continuación.*

Apto X **Apto con Restricción** **No Apto** **Aplazado**

Apto para el trabajo: Sin restricciones, énfasis en sistema osteomuscular

Concepto. APTO PARA EL CARGO sin limitaciones para desempeñar el mismo.

Control EPS	[ ]
Usos de elementos de protección personal	[X]
Capacitaciones en la ARL y EPS	[ ]
Hábitos de vida saludable	[X]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito; los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizarán las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional ocupacional del consultorio particular, tomara para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente para el cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Haciendo constar mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Dr. Guillermo Ernesto Goelkel Clavijo
Medico General y Esp. en Salud Ocupacional
R.M 19193032 M.S - Universidad Nacional
Lic. 0170105 Habil. cidos S.S.B. 1100137518

DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL CLAVIJO **19193032**
Médico Especialista en Salud Ocupacional *R.M.*

Trabajador
C.C. 1022447004
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella

Carrera 21 No. 22 – 32 Sur / 1er. Piso Consultorio 101 * Barrio Olaya
Cel.: 320 493 8704 – Tel.: 926 1687 * biomedidolaya@gmail.com

Powered by CamScanner