Adrián Gutiérrez Ruiz
Médico Cirujano
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA 4336/2019 RMD: 79318890

NIT. 79318890-2
Av. 1o. de Mayo
(Transv.74F) No. 40G - 51 Sur
Tel: 452 04 22 • Cel: 321 269 4153
cmagutierrez14@gmail.com

Fecha 23 12 2017

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 2366

Empresa: SUBRED SUR OCCIDENTE
Tipo de examen: OCUPACIONAL
Énfasis: OSTEOMUSCULAR

Este documento es valido solo si esta respaldado por la historia clínica o valoración medica de la misma fecha. Copia de este documento y resultados de exámenes paraclínicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicandose con nosotros al Tel: 452 0422 Cel: 321 269 4153

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: GAVIS LOZADO LEYDY VIVIANA
Cargo: AUXILIAR EN ENFERMERIA | Doc: CC | No: 53130989 | Edad (años): 37

CONCEPTO ☑ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso

☑ Sin restricciones para el cargo	☐ Satisfactorio	☐ Examen de egreso satisfactorio
☐ Con restricciones compatibles para el cargo	☐ No satisfactorio	☐ Examen de egreso no satisfactorio
☐ Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo	☐ Presenta patología modificable con el estilo de vida	☐ Otro
☐ Aplazado	☐ Hay restricciones a su labor	

Motivo del aplazamiento: Ninguno

Restricciones: Ninguna

Descripción adicional del concepto: Ninguno

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

☐ Audiología	☐ Espirometría	☐ Laboratorio, Clínico	Otros exámenes:
☑ Visiometría	☐ Prueba psicométrica	☐ Rayos X	
☐ Optometría	☐ Electrocardiograma	☐ Prueba de esfuerzo	

Descripción de resultados: AV SIN GAFAS OD: 20/40 OI 20/60 MIOPIA
OSTEOMUSCULAR: MOVIMIENTOS NORMALES

RECOMENDACIONES: USAR LAS GAFAS

Y SEGUIR LAS SIGUIENTES:

☐ Control periódico por EPS	☑ Control periódico ocupacional	☑ Dieta
☐ Remisión a EPS (ver a que servicio)	☑ Higiene postural	☑ Ejercicio regular 3 veces a la semana
☐ Continuar manejo médico	☑ Utilización de Elementos de seguridad profesional	☐ Dejar hábito de fumar
☐ Seguimiento caso ARL	☑ Pausas activas periódicas	☐ Suspender bebidas alcohólicas

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica.
☑ Visual ☐ Auditivo ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular

Servicio remitido a EPS ☐ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo al Doctor abajo mencionado, a realizar en mi el exámen y paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen medico y/o paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que el Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto medico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el momento, para el buen cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

MÉDICO:	ASPIRANTE O TRABAJADOR:	HUELLA
Adrián Gutiérrez Ruiz	Leydy Gavis 53130989	
Firma y Sello: Adrián Gutiérrez Ruiz Médico Cirujano Especialista en Riesgos Laborales SST Licencia 4336/2019 - RMD 79318890	Firma y número de doc:	

Powered by CamScanner