CONSULTORIO MÉDICO

Germán Maldonado MD.

WhatsApp 316 756 1793
E-mail: germanalfonso60@gmail.com
Calle 40 F Sur No. 74 F - 22 C. Kennedy Bogotá

Ciudad: Bogotá

Fecha: DIA 30 MES 11 AÑO 2022

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 16744

Empresa: SECRETARIA DISTRITAL de SALUD.

Tipo de examen: Ingreso

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

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: DUARTE ROBLES MARIA ALEJANDRA.

Cargo: Tecnóloga Saneamiento Amb. | Doc CC No. 1012450815 | Edad (años) 24

CONCEPTO

- [x] Apto para desempeñar el cargo
- [ ] Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo
- [ ] Aplazado
- [ ] Satisfactorio
- [ ] No satisfactorio
- [ ] Presenta patología modificable con el estilo de Vida
- [ ] Hay restricciones a su labor
- [ ] Examen de egreso satisfactorio
- [ ] Examen de egreso no satisfactorio
- [ ] Otro

Motivo del aplazamiento: NO

Restricciones: NO

Descripción adicional del concepto: APTA con recomendaciones

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- [ ] Audiometría
- [ ] Visiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Prueba psicométrica
- [ ] Electrocardiograma
- [ ] Lab. Clínico
- [ ] RX
- [ ] Prueba de esfuerzo

Otros exámenes: NO

Descripción de resultados: ① Obesidad ② varices MM11

RECOMENDACIONES:

completar esquema de vacunación

- [ ] Control periódico por EPS
- [ ] Remisión a EPS
- [ ] Continuar manejo médico
- [ ] Seguimiento caso ARL
- [x] Control periódico ocupacional
- [x] Higiene postural
- [x] Utilización de EPP
- [x] Pausas activas periódicas
- [ ] Dieta
- [ ] Ejercicio regular 3 veces a la semana
- [ ] Dejar hábito de fumar
- [ ] Reducir consumo de alcohol

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica: Cardiovascular

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico (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 medico y/o paraclínico (s) cupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomará GM SALUD HUMANA E.U. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este(os) 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

GERMÁN MALDONADO MORALES, Md
Registro 19438233
Lic. S.O. 6234 de 2013

Firma y sello

VERIFIQUÉ LA HUELLA DACTILAR

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma:

Huella Dactilar Indice Der.

RIESGO 3.

27/08/2024 - R3

Powered by CamScanner