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



[X] Examen de Ingreso Control [ ] Examen de Egreso Control [ ] Examen de Egreso Control

FECHA: 10 de octubre de 2024	**EDAD: 35 AÑOS**
NOMBRE: NURY PAOLA RIVERA CHAPARRO	**SEXOFEMENINO**
DOCUMENTO: 1.022.358.395	**R.H: O +**
EMPRESA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR-OCCIDENTE	**PESO: 59 Kg**
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	

RESULTADO DE EXAMENES **LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO**

Espirometría		
Audiometría		
Optometría		
Psicométrico		
Cardiovascular	X	NORMAL
Osteomuscular	X	NORMAL
Vacunación	X	NORMAL

cuadro hematico		
serologia		
glicemia		
colesterol		
trigliceridos		
parcial de orina		
electrolitos		
plomo		

Frotis faringeo		
Cultivo		
KOH Uñas		
Prueba de embarazo		
Hemoclasificacion		
TSH		
Amilasa		
Basiloscopia		

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

APTO	**X**	**APTO con restriccion**	**NO Apto**	**Aplazado**

Apto para el trabajo: Sin restricciones, enfasis en sistema osteomuscular
Concepto: **APTO PARA EL CARGO** Sin limitaciones para desempeñar el mismo

Control EPS	
Uso de elementos de proteccion personal	X
Capacitacion en la ARL y EPS	
Habitos de vida slaudable	X

13/11/2024 - Riesgo III

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 de la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de .acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendo a la perfección [illegible] 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 Habilitación S.S.B-1100137518

Dr. Guillermo Ernesto Goelkel C **R.M 19193032**
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Trabajador [signature]
C.C 1022358395
declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella

Carrera 21 # 22 – 32 Sur / 1° Piso Consultorio 101, Barrio Olaya
Cel: 3204938704 – Tel: 9261687 biomedidolaya@gmail.com