

**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

☒ Examen de Ingreso Control☐ Examen de Egreso Control☐ Examen de Egreso Control

FECHA: 17 de enero de 2025

NOMBRE: LUZ BETTY SINESTERRA GARCIA

DOCUMENTO: 25.717.371

EMPRESA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUS SUR

CARGO: PARTERA

EDAD: 58 AÑOS

SEXO: FEMENINO

R.H: A+

PESO: 64 Kg

## RESULTADO DE EXAMENES

## LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

ESPIROMETRIA		
Audiometría		
Optometría	X	ASTIGMATISMO PRESBICIE
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		
Hemodiasificación		
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 continuación.

APTO ☒ APTO con restriccion ☐ 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

Uso de elementos de protección personal

X

Capacitación 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 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 lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento

Dr. Guillermo Ernesto Goelkel Clavijo  
R.M 19193032  
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Trabajador Luz Betty Sinesterra  
C.C

declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



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