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 17 12 2020

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 668

Empresa: SUBRED SURORIENTE
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: ROJAS PINZON YOIMY LORENA

Cargo:	Doc:	No:	Edad (años)
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CC	1073 681 364	27

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 OD: 20/20 OI 20/20
OSTEOMUSCULAR NORMAL

RECOMENDACIONES: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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: Adrian Gutierrez Ruiz

Firma y Sello: Adrián Gutiérrez Ruiz
Médico Cirujano
Especialista en Riesgos Laborales
SST Licencia 4336/2019 - RMD 79318890

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma y número de doc: 1073681364

HUELLA