Salud Humana
Germán Maldonado MD.

NIT 900195836-1
Cel: 3162561793
E-mail: gmsaludhumana@gmail.com
Calle 40 F Sur No. 74F - 22
Ciudad Kennedy

Ciudad: Bta

Fecha: 06 | 04 | 2018

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 13682

Empresa: USO Kennedy

Tipo de examen: INGRESO

Énfasis: osteomuscular

Este documento es válido sólo 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: ACEVEDO TABORDA CLAUDIA LORENA

Edad (años): 33

Cargo: Aux. de enfermería

Doc CC No. 29138351

CONCEPTO

- [x] Apto sin restricciones para 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: NO

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

[ ] Audiometría	[ ] Espirometría	[ ] Lab. Clínico	Otros exámenes: NO
[ ] Visiometría	[ ] Prueba psicométrica	[ ] RX	
[ ] Optometría	[ ] Electrocardiograma	[ ] Prueba de esfuerzo	

Descripcion de resultados: Alergia a la penicilina, sobrepeso

RECOMENDACIONES:

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

Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), registrado(s) en este documento. Confirmo que quedó registrado en la historia clínica Ocupacional. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido la oportunidad de aclarar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exam en indicado y/o paraclínico (s) ocupacional (es), a partir de la consejería brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de los resultados que tuvieron del EXAMEN MEDICO y/o paraclínico (s) ocupacional (es) de mi interés. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en estos(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a GM SALUD HUMANA S.A.S. para que suministre a las personas o entidades relacionadas en las regulaciones vigentes, la información registrada en el presente, para el mejoramiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

GERMAN MALDONADO M.

ASPIRANTE O TRABAJADOR