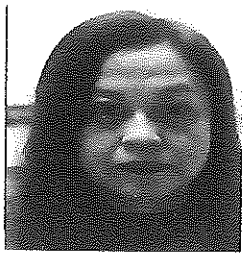
DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL CLAVIJO

MEDICO GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 19193032 M.S LIC.0170105 HABILITACION S.S.B- 1100137518
UNIVERSIDAD NACIONAL



FECHA: 18 DE NOVIEMBRE DEL 2023. [X] *Examen de Ingreso Control* [ ] *Examen de Egreso Control* [ ] *Examen Periódico Control*

NOMBRE: MARTA PATRICIA LOPEZ MORENO **EDAD:** 49 AÑOS **SEXO:** [F] [ ]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52148943 **R.H:** O +

EMPRESA: INDEPENDIENTE **PESO:** 56 KG

CARGO: ADMINISTRATIVO

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Espirometría.			*Cuadro Hemático*			*Frotis Faríngeo/con cultivo*	
Audiometría.			*Serología*			*KOH Uñas*	
Visiometria			*Glicemia*			*Prueba de Embarazo*	
Psicométrico			*Colesterol*			*Hemoclasificación*	
Cardiovascular			*Triglicéridos*			*TSH*	
Osteomuscular	X	*normal*	*Parcial de Orina*			*Amilasa*	
Vacunación.		***ACTUALIZADO***	*Sodio*			*Basiloscopía*	
			Potasio				
			Plomo				

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 X **Apto con Restricción** **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	
Usos de elementos de protección personal	X
Capacitaciones 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 coacción 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 cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el mismo. Dejo constancia con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre voluntad.

Dr. Guillermo Ernesto Goelkel Clavijo
Médico General y Especialista en Salud Ocupacional
Universidad Nacional
R.M 19193032 M.S
Lic. 70105 Habilitación S.S.B-1100137518

DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL C **19193032**
Médico Especialista en Salud Ocupacional ***R.M.***

Trabajador
C.C. 52.148.943
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella