

 Salud Humana Germán Maldonado MD.	Oficina Principal: NIT : 900195836-1 Tv. 74 F 40 B 69 sur Piso2 , Bogotá D.C. Cel: 3167561793 E mail: gmsaludhumana@gmail.com	CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado) Nº 12263 Empresa: <u>US80 Kennedy</u>
	Ciudad: <u>Bta</u> Fecha: <u>10/11/2016</u>	Tipo de examen: <u>Importo</u> Énfasis: <u>osteomuscular</u>
Este documento es válido solo 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: <u>ASCANIO TORRES WAGENITH</u>		
Cargo: <u>Aux de enfermería</u>	Doc. No. <u>1000002971</u>	Edad (años) <u>22</u>
CONCEPTO ☒		
☐ 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:		
Restricciones:		
<u>Las propias del embarazo</u>		
Descripción adicional del concepto:		
☒ <u>Apto con recomendaciones</u>		
EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:		
☐ Audiometría ☐ Visiometría ☐ Optometría	☐ Espirometría ☐ Prueba psicométrica ☐ Electrocardiograma	☐ Lab. Clínico ☐ RX ☐ Prueba de esfuerzo
Otros exámenes:		
Descripción de resultados:		
<u>Embarazo de 26 sem</u>		
RECOMENDACIONES:		
<u>Control prenatal</u>		
☐ Control periódico por EPS ☐ Remisión a EPS ☒ Continuar manejo médico ☐ Seguimiento caso ARL	☐ Control periódico ocupacional ☐ Higiene postural ☐ Utilización de EPP ☐ Pausas activas periódicas	☐ Dieta ☐ Ejercicio regular 3 veces a la semana ☐ Dejar hábito de fumar ☐ 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 mi el examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es), registrado(s) en este documento. Conforme 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 analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, la limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomará GM SALUD HUMANA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí original del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) son completas y verídicas. Autorizo a GM SALUD HUMANA E.U. para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo		
MÉDICO  GERMAN MALDONADO M. Médico Ocupacional Esp. Salud Ocupacional Res. 6234 del 29/05/13	ASPIRANTE O TRABAJADOR: <u>Luz Genith Ascanio P.</u> Firma:	Huella Índice Der 