CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

FECHA	DIA	MES	AÑO
	29	04	2021

EXAMEN MEDICO				
	Reitero ☐	Periódico ☐		
	Ingreso ☒	Especial ☐		

I. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS		DOC. IDENTIDAD	SEXO
MANUEL REINALDO ROJAS MORTH		11317566	M ☒ F ☐
FECHA DE NACIEMINETO	**EDAD**	**LUGAR DE NACIMINETO**	**DIRECCIÓN** / **TELEFONO**
8/04/70	51A	IBAGUE	Cra 3ª # 7-91 — 3115417989

ESCOLARIDAD

Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒
Universitario ☐ Postgrado ☐ Master ☐
Técnico ☐ Incompleta ☐ Completo ☐

ESTADO CIVIL

Soltero(a) ☐ Unión Libre ☐
Casado(a) ☒ Separado (a) ☐
Viudo(a) ☐

PROFESIÓN U OFICIO: Bachiller

CARGO: INSTRUCTOR — **DEPENDENCIA**: cultura

EPS: NEPS — **AFP**: porvenir — **ARL**: COLMENA.

II. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL — **CIUDAD**: MANTA (CUND)

ACTIVIDAD ECONOMICA: INST publica — **TELEFONO**:

III. INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR — **ANTIGÜEDAD**:

EQUIPOS QUE MANEJA: INSTRUMENTOS MUSICALES

MATERIAS PRIMAS O INSUMOS UTILIZADOS

TURNO: Diurno ☒ Nocturno ☐ Rotatorio ☐

ACTIVIDAD REALIZADA: Parado ☒ Sentado ☐ Deambulando ☒

RIESGOS

FISICOS	QUIMICOS	ERGONOMICOS	PSICOSOCILAES	BIOLOGICOS	MECANICOS
Ruido ☐	Polvos ☐	Trabajo estático ☒	stress ☒	Virus ☐	Mecanismo de movimiento ☐
Iluminación ☐	Gases ☐	Esfuerzo físico ☐	Repetitividad ☐	Bacterias ☐	Proyección de partículas ☐
Temperatura extremas ☐	Vapores ☐	Levantamiento de cargas ☐	No autonomía ☐	Parásitos ☐	Manejo de herram. manuales ☐
Radiaciones ☐	Líquidos ☐	Posturas forzadas ☐	Tiempo extra ☐	Hongos ☐	Manipulación de materiales ☐
			Aislamiento ☐		Equipo y elementos a presión ☐
			Falta de Capacitación		

EXPLIQUE CITANDO TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL RIESGO: 8 horas

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN: SI

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA	OCUPACIÓN	TIEMPO	RIESGOS					
			FISICOS	QUIMICOS	BIOLOGICOS	MECANICOS	ERGONOM.	PSIOCOLAB.
A/C A DEDIOS	INST	4 A	X				X	X

ACCIDENTES EN EL TRABAJO: SI ☐ NO ☒

FECHA	EMPRESA	CAUSA	TIPO DE LECCIÓN	PARTE AFECTADA	DIAS DE INCAPACIDAD	SECUELAS

ENFERMADADES PROFESIONALES:
SI ☐ NO ☒

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes ☐ NO	Epilepsia ☐ NO	E.C.V. ☐ NO	Otros ☐ NO
Coronarios ☐ NO	Cáncer ☐	Hipertensión Arterial ☒	

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Patologico: HTA
Hospitalarios: NO
Quirurgicos: Apendicectomia.
Traumaticos: NO
Farmacologicos: NO
Toxicos: NO
Alergicos: NO
Otros: NO

VII. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARQUIA	CICLO	GRAVIDA	PARTOS	ABORTOS	MORTINATO	FUM	ULTIMO PARTO
—	—	—	—	—	—	—	—

DISMENORREA	METORRAGIAS	TRASTORNOS MENSTRUALES	CITOLOGIA	OTROS TRAST.
—	—	—	—	—

METODOS DE PLANIFICACIÓN: ND.

Tiroides	*			
TORAX				
Pulmón	*			
Corazón	*			
ABDOMEN	*			
GENITO URINARIO	*			
ANO Y RECTO	NE			
OSTEOMUSCULAR				
M Superior	*			
M Inferior	*			
Columna Vertebral	*			
PIEL Y FANERAS	*			
NEUROLOGICO	*			
Reflejos Tendinosos	*			
Reflejos Cutaneos	*			
Reflejos Pupilares	*			
Coordinación	*			
Marcha	*			
Tono	*			

NOR = Normal AN = Anormal NE = No Explorado

XI. CONEPTO DE APTITUD LABORAL

- APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGIA APARENTE [*]

  CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ]

- APTO CON RESTRICCCIÓN [ ] Por motivo de_____

- APLAZADO [ ] Por motivo de_____

- NO CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS MEDICOS PARA EL CARGO [ ] Por motivo de_____

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

_____

_____

_____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN SOBRE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

NOMBRE DEL MEDICO

Edinson Ruiz Arias
Especialista en Salud Ocupacional

NOMBRE Y REGISTRO PROFESIONAL

NOMBRE DEL TRABAJOR

C.C. 1130756604

VIII. HABITOS

	SI	NO	ESTADO		FRECUENCIA						OBSERVACIONES
			A/S	AÑOS	OC	DI	SE	QU	ME	CANT.	
CIGARRILLO		X									
LICOR		X									
CAFÉ		X									
ANALGESICOS		X									
OTROS		X									

EN ESTADO: (A = Activo S = Suspendido) EN FRECUENCIA: (OC = Ocasional DI = Diario SE = Semanal QU = Quincenal ME = Mensual)

IX. USO DEL TIEMPO LIBRE

Deporte ☐ NO Insignificante ☐ Liviano ☐ Moderado ☐ Vigoroso ☐

OTRAS ACTIVIDADES NO FISICAS: : SI ☒ NO ☐
ej. TV, Paseo, Estudio, etc.

X. ASPECTOS FISICOS

ASPECTOS GENERAL: BUENO

Peso : 85 kg Estatura : 1.72 m IMC _____

T. Arterial 13/80 mm.Hg Frecuencia Cardiaca: 92 x min Frecuencia Respiratoria : 20 min

LATERALIDAD: Derecho ☒ Zurdo

OJOS	DER.	IZQ.	OBSERVACIONES
Pterigión	NO	NO	
Cataratas	NO	NO	
Leucoconia	NO	NO	
OIDOS	**DER.**	**IZQ.**	**OBSERVACIONES**
Conducto Auditivo	OK	OK	
Timpano	OK	OK	

AGUDEZA VISUAL	CERCA		LEJOS		OBSERVACIONES
	SC	CC	SC	OC	
OD			20/	20/	
O	NE		20/	20/	
AO			20/	20/	

EXAMEN FISICO	NOR	AN	NE	HALLAZGO
Nariz	X			
Cornetes	X			
Tabique Nasal	X			
Encias	X			
Dentadura	X			
Admigdalas	X			
Nódulos Linfaticos	X			
CUELLO	X			