

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL - CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: SENA CIUDAD: SARAVENA FECHA: 27.03.19
 PREOCUPACIONAL ☒ POSOCUPACIONAL ☐ PERIODICO ☐
 REINTEGRO ☐ TRABAJO EN ALTURAS ☐ OTROS ☐
 NOMBRES Y APELLIDOS: OSCAR JAVIER ROA RUIZ EDAD: 30
 IDENTIFICACIÓN: 1.095.798.539 CARGO: INSTRUCTOR DE SOLDADURA TELEFONO: 321-2485825


EXAMENES PRACTICADOS

Examen Médico Ocupacional	☒	Psicología	☐	Hemodisfibrinación	☐	Creatinina	☐
Examen Osteomuscular	☒	Glicemia	☒	Parcial de Orina	☐	Transaminasas TGO/TGP	☐
Audiometría	☒	Colesterol Total	☒	Koh de Uñas	☐	Fosfatasa Alcalina	☐
Visiometría	☒	Colesterol HDL	☒	Frotis Faringeo	☐	Sustancias Psicoactivas	☐
Optometría	☐	Colesterol LDL	☒	Coprológico	☐	RX de Columna	☐
Espirometría	☐	Triglicéridos	☒	Serología	☐	RX de Torax	☐
Electrocardiograma	☐	Cuadro Hemático	☒	Bun	☐	Pruebas de equilibrio	☐

OTROS:

CONCEPTO MEDICO LABORAL

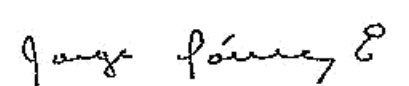
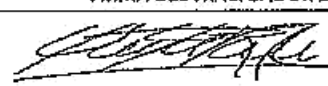
SIN RESTRICCION PARA EL CARGO	X ₁	RESTRICCION PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	NO	RESTRICCION PARA ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO
CON RESTRICCION PARA EL CARGO		RESTRICCION PARA MANIPULAR ALIMENTOS	SI	NO	APLAZADO	SI	NO
EXAMEN MEDICO DE INGRESO:		EXAMEN MEDICO PERIODICO O REINTEGRO			EXAMEN MEDICO DE EGRESO		
X	Cumple requisitos necesarios para ocupar el cargo	Satisfactorio			Satisfactorio		
	Presenta condicion médica que no disminuye su capacidad laboral	Condición que requiere valoración por su EPS			Con condición de enfermedad o lesión que debe ser valorada en la entidad de Salud a que se encuentre afiliado (a)		
	Presenta enfermedad que requiere tratamiento antes de ingresar	Evaluar puesto de Trabajo					
	Presenta condicion médica que no cumple con los requisitos	Posible condición médica generada por la labor, requiere ser valorado por EPS			Se dan recomendaciones específicas sobre condiciones de salud		

OBSERVACIONES: DISMINUIR PESO CORPORAL. DEBE UTILIZAR PROTECTORES AUDITIVOS ADECUADOS POR EXPOSICIÓN A RUIDO.

RECOMENDACIONES: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. REALIZAR UN MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y POSTURAS, USO DE EPP ADECUADOS PARA LA LABOR. USAR PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA INTRA Y EXTRALABORAL SEGUN EXPOSICIÓN A RUIDO. USO PERMANENTE DE GAFAS DE SEGURIDAD. UTILIZAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA.

MEDICAS	ESTILO DE VIDA	INCLUSION SVE	INCLUSION SVE
Remisión a EPS	Dieta balanceada ☒	Salud Visual ☐	Riesgo Químico ☐
Control P y P por EPS	Ejercicio regular ☒	Cuidado auditivo ☒	Riesgo Biológico ☒
Se prescribe tratamiento	Valoración nutricional ☐	Cardiovascular ☐	Material Particulado ☒
Continuar tratamiento médico	Activ. Sano esparcimiento ☒	Osteomuscular ☒	
Toma de citología vaginal	Dejar habito de fumar ☐	Rx Ionizante ☐	
Toma de PSA	Reducir consumo de alcohol ☐	Riesgo Psicosocial ☐	

* Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mí el examen médico y/o paraclinicos ocupacional(es) registrados en este documento. El doctor abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinicos ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgo del examen médico y/o paraclinicos ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de muestra. Entiendo que la realización de este(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará ODONTOMEDICINA SERVIR CRC LTDA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verdicas. Autorizo a ODONTOMEDICINA SERVIR CRC LTDA para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento de Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. Certifico que la información suministrada es completa y verídica, que no he omitido ninguna información sobre mi estado de Salud y que comprendo las explicaciones y recomendaciones del médico*.

NOMBRE DEL MÉDICO-FIRMA-REGISTRO Y LICENCIA S.O	FIRMA DEL TRABAJADOR E IDENTIFICACIÓN
 Jorge Luis Gomez Echaverría MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Resolución 81-1217 UNESA	 <u>1095798539</u>