Certificado Medico De Aptitud Laboral

INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA sob red sor FECHA 14-12-17

INGRESO [X] EGRESO [ ] PERIODICO [ ]

NOMBRE. edna Ruth Pardo Padilla C.C. 52-436148

EDAD 34 **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** lider de facturación

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL [X]

OPTOMETRIA/VISOMETRA [X]

AUDIOMETRIA [ ]

ESPIROMETRIA [ ]

EXAMENES DE LABORATORIO [ ]

CUALES _____

El suscrito medico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente concepto

APTO [X] MOTIVO _____

NO APTO [ ] MOTIVO Mastalgia esporadica no

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual _____

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

HIGIENE POSTURAL [ ] PAUSAS ACTIVAS [ ] ERGONOMIA DEL PUESTO TRABAJO [ ] USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL [ ] VALORACIÓN POR MEDICINA OCUPACIONAL [ ] CONTROL AUDIOMETRIA [ ] USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA [ ] CONTROL OPTOMETRIA PERIODICO [ ] USO DE LENTES [ ] CONTROL DE TENSION ARTERIAL [ ] ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA, EJERCICIO) [ ] EVITAR POSTURAS PROLONGADAS [ ] USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA [ ]

Edna R. Pardo Padilla

FIRMA DEL PACIENTE

C.C. 52436148

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 181497
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Gerencia en Salud

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

RM

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 -- 3176473117 E-mail: globalservicemedicalgroup@gmail.com

5

· VISIOMETRIA

NOMBRE edna Ruth Pardo Padilla FECHA 14-12-17 EDAD 39 SEXO M ☐ F ☐

CC O TI 52.436.148 OCUPACION Lider de ET. INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

EMPRESA Sol red SAI ULTIMO CONTROL 1 año

AVSC: OD VL 20/25 VP 20/20
OI VL 20/25 VP 20/20

AVCC: OD VL _____ VP _____
OI VL _____ VP _____

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☒
OI NORMAL ☒

VERSIONES NORMAL ☐

HISHBERG _____ COVER TEST _____

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____
OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES _____

ESTEREOPSIS _____

IDX Leve Defecto Refractivo

OBSERVACIONES _____

Edna R. Pardo Padilla
FIRMA DEL PACIENTE
CC 52436148

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 181492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud
FIRMA DEL ESPECIALISTA
RM Resolucion 6068

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117
E- mail: eulicesortizr@gmail.com

9