ODONTO – MEDICINA "SERVIR"
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LTDA
NIT. 900131834 – 2 REGIMEN COMUN

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL - CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: SENA CIUDAD: SARAVENA FECHA: 11.04.19

PREOCUPACIONAL	X	POSOCUPACIONAL		PERIODICO	
REINTEGRO		TRABAJO EN ALTURAS		OTROS	

NOMBRES Y APELLIDOS: SANDRA MILENA GELVEZ VILLAMIZAR EDAD: 27

IDENTIFICACIÓN 1.098.716.569 CARGO: INSTRUCTORA TELEFONO: 321-5866262



EXAMENES PRACTICADOS

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

OTROS:

CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO	X
CON RESTRICCION PARA EL CARGO	

RESTRICCION PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	NO
RESTRICCION PARA MANIPULAR ALIMENTOS	SI	NO

RESTRICCION PARA ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO
APLAZADO	SI	NO

EXAMEN MEDICO DE INGRESO:	
X	Cumple requisitos necesarios para ocupar el cargo
	Presenta condicion médica que no disminuye su capacidad laboral
	Presenta enfermedad que requiere tratamiento antes de ingresar
	Presenta condición médica que no cumple con los requisitos

EXAMEN MEDICO PERIODICO O REINTEGRO	
	Satisfactorio
	Condición que requiere valoración por su EPS
	Evaluar puesto de Trabajo
	Posible condición médica generada por la labor, requiere ser valorado por EPS

EXAMEN MEDICO DE EGRESO	
	Satisfactorio
	Con condición de enfermedad o lesión que debe ser valorada en la entidad de Salud a que se encuentre afiliado (a)
	Se dan recomendaciones especificas sobre condiciones de salud

OBSERVACIONES: VER RECOMENDACIONES.

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 PROTECCION AUDITIVA ADECUADA INTRA Y EXTRALABORAL SEGUN EXPOSICION A RUIDO. UTILIZAR PROTECCION RESPIRATORIA.

MEDICAS	
Remisión a EPS	
Control P y P por EPS	
Se prescribe tratamiento	
Continuar tratamiento médico	
Toma de citología vaginal	
Toma de PSA	

ESTILO DE VIDA	
Dieta balanceada	X
Ejercicio regular	X
Valoración nutricional	
Activ. Sano esparcimiento	X
Dejar habito de fumar	
Reducir consumo de alcohol	

INCLUSION SVE	
Salud Visual	
Cuidado auditivo	
Cardiovascular	
Osteomuscular	X
Rx Ionizante	
Riesgo Psicosocial	

INCLUSION SVE	
Riesgo Químico	
Riesgo Biológico	
Material Particulado	X

* Autorizo al (a la) doctora abajo mencionado (a) a realizar en mi 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 prueba. Entiendo que la realización de esta(as) 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 mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. 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. Certifco que la información suministrada es completa y veridica, que no he omitido ninguna información sobre mi estado de Salud y que comprendí las explicaciones y recomendaciones del médico*

NOMBRE DEL MÉDICO-FIRMA-REGISTRO Y LICENCIA S.O	FIRMA DEL TRABAJADOR E IDENTIFICACIÓN
Jorge Luis Gomez Echeverria MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Resolución 81-1217 UAESA	1098716569

Calle 25 No 16A - 34 B/ Seis de Octubre - Saravena—Arauca E-mail: jlgomez118@gmail.com Cel: 320 952 2791