Certificado Medico De Aptitud Laboral

INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA Sob red Sor FECHA 14-12-17

INGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIODICO ☐

NOMBRE. Ivan Andres Castro C.C. 79.889810

EDAD 39 **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** Aux. Administrativo

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ☒

OPTOMETRIA/VISOMETRA ☒

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 ☒ MOTIVO _____

NO APTO ☐ MOTIVO Musculo esqueletico normal

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 ☐

Iván Andres Castro Tbagos

FIRMA DEL PACIENTE

C.C. 79889810

Eulices Rodriguez

Medico General

Especialista en Salud Ocupacional

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

RM

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

· VISIOMETRIA

NOMBRE Juan Andres Castro FECHA 14-12-17 EDAD 39 SEXO M [X] F [ ]

CC O TI 79.889.810 OCUPACION Aux Adm INGRESO [ ] PERIODICO [ ] EGRESO [ ]

EMPRERSA Sobred SOX ULTIMO CONTROL 2 años

AVSC: OD VL 20/30 VP _____ AVCC: OD VL _____ VP _____

OI VL 20/25 VP _____ OI VL _____ VP _____

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL [X] / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL [X] / OBSERVACIONES _____

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL [X] VERSIONES NORMAL [ ]

OI NORMAL [X]

HISHBERG _____ COVER TEST _____

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL [X] / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL [X] / OBSERVACIONES _____

TEST ISHIHARA·

OD NORMAL [X] / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL [X] / OBSERVACIONES _____

ESTEREOPSIS _____

IDX leve dependo Refraccion

OBSERVACIONES _____

Juan Andres Castro

FIRMA DEL PACIENTE

CC 79889810

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

15