CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

INFORMACION GENERAL

EMPRESA Sobred Sur FECHA 12-12-16

INGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIODICO ☐

NOMBRE : Stheffen Rondon **CC** 1023904715

EDAD 26 **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** Tecnico Ambiental

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ☒

OPTOMETRIA/VISIOMETRA ☒

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 _____

OBSERVACIONES apto para laborar como tecnico ambiental

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, VALORACION POR MEDICINA OCUPACIONAL, CONTROL AUDIOMETRICO, USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA, CONTROL OPTOMETRICO PERIODICO, USO DE LENTES, CONTROL DE TENSION ARTERIAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(DIETA ,EJERCICIO), EVITAR POSTURAS PROLONGADAS, USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA

Stheffen Rondón

FIRMA DEL PACIENTE

CC 1023 904 715

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 181492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

RM Resolucion 6068

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

Scanned by CamScanner

· VISIOMETRIA

NOMBRE Stheffen Rondon FECHA 12-12-16 EDAD 26 SEXO M [X] F [ ]

CC O TI _____ OCUPACION Teandoso mnb INGRESO [ ] PERIODICO [ ] EGRESO [ ]

EMPRERSA Sobred Ser ULTIMO CONTROL _____

AVSC: OD VL 20/100 VP _____ AVCC: OD VL _____ VP _____

OI VL 20/200 VP _____ OI VL _____ VP _____

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL [X] / OBSERVACIONES —

OI NORMAL [X] / OBSERVACIONES —

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL [X] VERSIONES NORMAL [X]

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 normal

IDX astigmatismo corregido lentes

OBSERVACIONES control optometria

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 81992
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud

Stheffen Rondón
FIRMA DEL PACIENTE
CC 1023904715

FIRMA DEL ESPECIALISTA
RM Resolucion 6068

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

Scanned by CamScanner