CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

INFORMACION GENERAL

EMPRESA Sub Red Sur FECHA 09-12-2016

INGRESO [X] EGRESO [ ] PERIODICO [ ]

NOMBRE : Alejandra Lopez Gomez CC 1010164460

EDAD 30 **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** Trabajadora Social

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL [X]

OPTOMETRIA/VISIOMETRA [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 Para desempeña trabajo social

NO APTO [ ] MOTIVO _____

OBSERVACIONES _____

EXÀMEN PERIODICO

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

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.

FIRMA DEL PACIENTE
CC 1010164460

Dr. Edilson Ortiz Rodriguez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RM. 1492

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA
RM Rs 00681/2013

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

VISIOMETRIA

NOMBRE Alejandra Lozano FECHA 09-12-2016 EDAD 30 SEXO M ☐ F ☒

CC O TI 1010164460 OCUPACION P. Social INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

EMPRERSA Sub Red Sur **ULTIMO CONTROL** _____

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

OI VL 20/20 VP 20/20. OI VL // VP //

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES //

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES //

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☒ VERSIONES NORMAL ☒

OI NORMAL ☒

HISHBERG Normal COVER TEST Normal

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES //

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES //

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☒ / OBSERVACIONES //

OI NORMAL ☒ / OBSERVACIONES //

ESTEREOPSIS Normal

IDX Emetrope

OBSERVACIONES Control x optometra.

FIRMA DEL PACIENTE

CC

Dr. Eulices Ortiz Rodriguez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RM 1492

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RM Res 6068/2013

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