Quita marcas de agua
Wondershare PDFelement

Versión: 3.4

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	835.043				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	20/10/2021	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.416.110	**EDAD**	45	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	MORA CASTAÑEDA CECILIA ISABEL				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MEDICO PERTINENTE - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo MORA CASTAÑEDA CECILIA ISABEL identificado con CC No. 52.416.110. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

SILVIO A. RONDÓN P.
MEDICO U.N. 79157185
LIC SST 234 - 18

DR. SILVIO RONDON PEREZ LIC SST 234 - 18

Aspirante o trabajador

CC. 52.416.110