
 DR. SERGIO ALEJANDRO ALVAREZ MEDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL	DR. SERGIO ALEJANDRO ALVAREZ FLOREZ MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL		
	TELEFONO: 3143430590		
	LICENCIA S.O. 1222-2016 RM. 882-12		
		CODIGO ID 1101759530	
Página 1 de 1			

CERTIFICADO MEDICO

EMPRESA:	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	FECHA:	9/8/2022
----------	--	--------	-----------------

TIPO DE VALORACION:	INGRESO		
JUAN DIEGO	ROJAS	PALOMINO	
0	0	0	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1101759530		
CARGO:	MÉDICO		

EXAMENES PRACTICADOS					
Examen	SI	NO	LABORATORIOS	SI	NO
Evaluacion Medico Ocupacional	X				X

RESULTADO DE VALORACION MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

SIN RESTRICCIONES	<input checked="" type="checkbox"/>	MOTIVO	
CON RESTRICCIONES	<input type="checkbox"/>	MOTIVO	
		MOTIVO	

OSTEOMUSCULAR			
EXAMEN OSTEOMUSCULAR	NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ANORMAL <input type="checkbox"/>

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (INGRESO). SATISFACTORIO.

TRABAJADOR (A) SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO : (0)

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES : 1) USAR LOS E.P.P.

2) HACER LAS PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.

3) MANTENER UNA POSTURA CORPORAL CORRECTA.

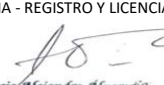

4) HACER LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR LOS (ATEP).

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDIDAS	OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE			
REMISION A EPS	<input type="checkbox"/>	USO DE EPP	<input type="checkbox"/>		INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	<input type="checkbox"/>		
		INGRESO A SVE	<input type="checkbox"/>		VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION	<input type="checkbox"/>		
CONTINUAR MANEJO MEDICO	<input type="checkbox"/>	SIVIG - OTOM	<input type="checkbox"/>		DEJAR DE FUMAR	<input type="checkbox"/>		
		SIVIG - OIR (Ruido)	<input type="checkbox"/>	SIVIG-Visual	PAUSAS ACTIVAS	<input type="checkbox"/>		
SEGUIMIENTO CASO POR ARL	<input type="checkbox"/>	SIVIG - Sustancias Quimicas	<input type="checkbox"/>		REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	<input type="checkbox"/>		
		SIVIG- Biológico	<input type="checkbox"/>		DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS	<input type="checkbox"/>		
CITOLOGIA VAGINAL	<input type="checkbox"/>	SIVIG - Radiaciones ionizantes	<input type="checkbox"/>		CONTOL DE PESO	<input type="checkbox"/>		
		SIVIG- Psicolaboral	<input type="checkbox"/>					
		SIVIG - Cardiovascular	<input type="checkbox"/>		OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL	

Se realizo encuesta epidemiologica al ingreso a la institucion sobre sintomas de covid-19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de covid-19 y la realizacion de viajes en ultimos 15 dias. Se realizo lavado de manos según las recomendaciones de la oms, en los cinco momentos, en tecnica y duracion, ademas se utiliza equipo de proteccion personal y las medidas de proteccion del paciente para covid-19, tambien se realiza limpieza y desinfeccion de los equipos despues de la atencion de cada paciente.

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejen constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

NOMBRE DEL MEDICO - FIRMA - REGISTRO Y LICENCIA S.O.  SERGIO ALEJANDRO ÁLVAREZ FLÓREZ RM 882-12 LSO 1222-16	FIRMA DEL TRABAJADOR Y CC 
--	--