

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

1. INFORMACION GENERAL						**Fecha examen**	23/06/2020	
Nombre Completo **DONA MARY ALVAREZ POSADA**						Tipo Examen : Ingreso		
Nombre de la Empresa **INDEPENDIENTE**						Tipo de identidad	CC 42.793.727	
Lugar y Fecha de nacimiento		**Edad**	**Sexo**	**Est. civil**	**Hijos**	**EPS/ ARL**	**AFP**	**Rh**
Heliconia (Ant)	21/09/1972	47	F	Soltera	0	Sura/Positiva	Protección	O+
Dirección Actual Barrio San Antonio de Prado		**Municipio** Medellín		**Teléfono** 3147090958		**Escolaridad** Profesional		
Ocupación o Cargo a desempeñar		**Área donde laborará**						
Profesional SST		Administrativa						

2. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico ocupacional, los hallazgos físicos y neurológicos encontrados, se considera que el señor (a) es:

APTO PARA LABORAR	X	APTO CON PATOLOGIA NO RESTRICTIVA		APTO CON RESTRICCIÓN OCUPACIONAL		APLAZADO	

3. RESTRICCIONES O RECOMENDACIONES

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado, se consideran las siguientes recomendaciones

TIPO DE RECOMENDACIÓN
MANTENER LA ESPALDA RECTA.
PANTALLA DEL COMPUTADOR TOTALMENTE DE FRENTE A LOS OJOS.
USAR DESCANSAPIES Y MANTENER MUSLOS EN ANGULO RECTO CON EL TRONCO.
LA SILLA QUE SE UTILICE SIEMPRE DEBE TENER ESPALDAR Y DEBE PERMITIR LA ADECUADA POSTURA DEL TRABAJADOR.
EVITAR ROTACIONES SOBRE LA COLUMNA.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES Y VISUALES CON REGULARIDAD.
VERIFICAR QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS QUE REALICE NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES PSICOFISICAS DEL TRABAJADOR.
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS PARA LA SEGURIDAD EN SU TRABAJO HABITUAL.
LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SON DE USO INDIVIDUAL, SU USO ES OBLIGATORIO AL MOMENTO DE REALIZAR LA LABOR.
PRACTICAR EL AUTOCUIDADO
TENER HABITOS DE VIDA SALUDABLES

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. EJERCICIO: El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora mejora el estado físico y previene patologías cardiovasculares, por lo que recomendamos la práctica de trote, caminatas enérgicas, natación, ciclismo u otra actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condición actual de salud.

2. DIETA: La dieta balanceada, con consumo diario de frutas y verduras frescas, baja en grasa, mejoran la digestión bajando los niveles de grasas no saludables. Este consumo de alimentos naturales debe estar acompañado de abundante agua y líquidos bajos en calorías.

CONDUCTAS Y RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS (marcar con X las que apliquen)

CAPACITACION: Debe asistir a la capacitación de prevención de:			
X	Riesgos propios del oficio a realizar.		Uso de la protección respiratoria
	Uso de los protectores auditivos.		Entrenamiento de trabajos en alturas.
ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL (EPI)			
X	Suministrar, capacitar y entrenar en el uso de los EPI requeridos para realizar su trabajo de manera segura.		
X	Uso adecuado de los EPI y de la dotación que le suministre la empresa.		
	Uso de protección respiratoria específica de acuerdo al nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.		
	Utilizar protección auditiva en ambientes ruidosos, tanto en horas laborales como por fuera del trabajo.		
HIGIENE POSTURAL			
X	Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y las demás tareas de su ocupación.		
X	Entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada ocupación y fortalecimiento corporal.		
X	Las mujeres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 12.5 Kg ó 25 Kg sobre hombros o espalda.		
X	Hacer seguimiento continuo de las recomendaciones para que no se excedan las capacidades físicas del trabajador.		
SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: Debe asistir al seguimiento del programa de:			
	Conservación Auditiva	**X**	Prevención de patologías osteomusculares
X	Prevención de la accidentalidad laboral		Prevención manejo de sustancias químicas

	Dona Alvarez.F
FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL **ALEJANDRO SIERRA ARANGO** **Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo** **Resolución S 2016060090095** **C.C 71.685.889 R.M 0020-96**	**FIRMA DEL TRABAJADOR**

DECLARACIÓN: Declaro que los datos suministrados al Médico de Salud Ocupacional, los he expresado de manera libre y voluntaria, con total veracidad de su contenido y autorizo para que disponga de esta información para lo que se requiera en función del cumplimiento de las normas de seguridad y salud ocupacional. En caso de haber incurrido en falsedad en esta información, acepto que se apliquen las normas legales y del reglamento de la Empresa, como causales de sanción o de terminación justa de mi contrato de trabajo.