Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	910.089				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	16/02/2022	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.014.184.028	**EDAD**	34	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	PEÑA MATEUS LUIS EDUARDO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	DOCENTE		

EXAMENES REALIZADOS

COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - CUADRO HEMÀTICO - ENFASIS CARDIOVASCULAR - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - OPTOMETRIA - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO

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 - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

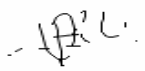
Yo PEÑA MATEUS LUIS EDUARDO identificado con CC No. 1.014.184.028. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización 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



DRA. ANNIA ESQUIVEL RICO LSO 14888

Aspirante o trabajador



CC. 1.014.184.028