

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**1. INFORMACION GENERAL**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre Completo**<br>**SANDRA XIMENA MORENO SILVA** | | | | | | | | **Fecha examen** | 06/07/2020 |
| | | | | | | | | Tipo Examen : Ingreso + Tamizaje visual y auditivo + Perfil lipídico y glicemia + Test de Inteligencia | |
| **Nombre de la Empresa**<br>**INDEPENDIENTE** | | | | | | | | Tipo de identidad | CC 63.397.715 |
| **Lugar y Fecha de nacimiento** | | **Edad** | **Sexo** | **Est. civil** | **Hijos** | **EPS/ ARL** | **AFP** | | **Rh** |
| Málaga (Santander) | 25/08/1982 | 37 | F | Soltera | 0 | Compesar/ Positiva | Porvenir | | O+ |
| **Dirección Actual**<br>Condomio Milán I | | **Municipio**<br>Envigado | | **Teléfono**<br>3182669335 | | **Escolaridad**<br>Magister | | | |
| **Ocupación o Cargo a desempeñar** | | **Área donde laborará** | | | | | | | |
| Docente | | Educación | | | | | | | |

**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 restricciones

| TIPO DE RECOMENDACIÓN O RESTRICCION |
|---|
| 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. |
| AL INICIO DE SU JORNADA LABORAL HACER EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO DE LA VOZ Y RESPIRATORIOS. |
| USAR EL NIVEL DE VOZ MAS BAJO POSIBLE Y NO GRITAR. |
| EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA NI A CORRIENTES DE VIENTO. |
| TOMAR DE MANERA CONTINUA PEQUEÑOS SORBOS DE AGUA AL CLIMA MIENTRAS LABORA. |

| |
|---|
| SE LE RECOMIENDA SOLICITAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, EVALUACION Y PLAN DE MANEJO DE SU ALTERACION DEL PESO POR DIETETICA Y NUTRICION. |
| TENER HABITOS DE VIDA SALUDABLES |
| SE RECOMIENDA MANTENER LA PRACTICA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS. |
| PRACTICAR EL AUTOCUIDADO |
| EXAMENES DE LABORATORIO (Perfil lipídico y glicemia) DENTRO DE LOS VALORES NORMALES |
| AUDIOMETRIA NORMAL |
| VISIOMETRIA NORMAL |
| TEST DE INTELIGENCIA APROBADO |

**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 |

| | |
|---|---|
| | |
| **FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL**<br>**ALEJANDRO SIERRA ARANGO**<br>**Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo**<br>**Resolución S 2016060090095**<br>**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.