HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
LIC.SALUD OCUPACIONAL: 1961 DE DIC.10 DE 2014
RES. HABILITACION Nº 07600109887-1
NIT: 900581682-1
Carrera 46 No. 9C - 16 TEL. 6023468124 - 3145181303

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL:	INGRESO		
FECHA DEL EXAMEN:	28/09/2023		
NOMBRE Y APELLIDOS:	JUAN FERNANDO CASTILLO ZUÑIGA	**C.C:**	1107531186
EDAD:	23 AÑOS	**SEXO:**	MASCULINO
EMPRESA CONTRATANTE:	PARTICULAR	**CARGO:**	MONITOR DEPORTIVO
EMPRESA USUARIA:	PARTICULAR	**PESO:**	73 Kg
TALLA:	178 Cm	**INDICE MASA CORPORAL:**	23.04



PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA(P.V.E)											
Auditivo		Visual		Osteomuscular	SI	Quimico		Respiratorio		Cardiovascular	
Psicosocial		Biologico		Radiaciones ionizantes		Manejo de voz		Otro			

EXAMENES COMPLEMENTARIOS					
AUDIOMETRÍA	No Aplica	O.D	No Aplica	O.I	No Aplica
No Aplica					
No Aplica					
VISIOMETRIA	No Aplica	**ALTERACION VISUAL**		**VALORACION OPTOMETRA**	
OPTOMETRÍA	No Aplica				
ESPIROMETRIA	No Aplica				

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

AL EXAMEN MEDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGIAS

CONDUCTA

CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL

RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES COVID19: - Realizar un lavado de manos frecuente y completo con agua y jabón. - Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca con las manos sin lavar. - Si necesita estornudar o toser, hacerlo en el pliegue del brazo. - Limpiar y desinfectar frecuentemente superficies como maquinaria, herramientas, controles, teclados, pantallas táctiles, teléfonos, etc. - Practicar el distanciamiento social (2 metros o más). - El uso de tapabocas es obligatorio. - Usar guantes si utiliza transporte público. - Si presenta síntomas leves, como tos y fiebre ligera, hay que quedarse en casa. - Hacer uso de careta si es necesario.
PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA SANA, ACTIVIDAD FISICA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007. Resolucion 1918 del 2009).

Dr.ALFREDO OLIVARES
L.S.O.73184-17 R.M.11839 Univalle

Firma Del Medico Ocupacional

Firma del Trabajador

Declaración del trabajador: Certifico que la información que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente certifico que he comprendido el propósito, beneficios e interpretación de mi examen medico y resultados para clínicos.