Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	1.036.331				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	05/09/2022	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.010.170.182	**EDAD**	35	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CORTES GOMEZ CESAR AUGUSTO				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

-SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR ADECUADAS TÉCNICAS DE HIGIENE POSTURAL.-PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN COLUMNA DORSAL SEGÚN PROTOCOLOS DE LA EMPRESA.-SE RECOMIENDA ADECUADA ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRABAJO.-TENER PRECAUCIÓN CON LOS EJERCICIOS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE FLEXO EXTENSIÓN Y ROTACIÓN DE COLUMNA DORSAL.-PACIENTE CON IMPORTANTE ALTERACIÓN VISUAL, SE RECOMIENDA VALORACIÓN CON OPTOMETRIA PARA FORMULACIÓN DE CORRECCIÓN ÓPTICA.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - ADECUACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A ERGONOMÍA DEL TRABAJADOR

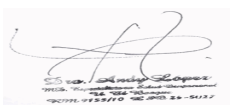
RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo CORTES GOMEZ CESAR AUGUSTO identificado con CC No. 1.010.170.182. 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. ANDY JOHANA LÓPEZ GONZALEZ - LSO 25-5027 DE 2015

Aspirante o trabajador



CC. 1.010.170.182