Dra. Maryeri Rey Cruz
Médico Especialista Seguridad y Salud en el Trabajo
RM. 1121830996 Lic. 4921-18

EXAMEN: PREINGRESO X PERIODICO___ EGRESO TRABAJO-RIESGO ___CAMBIO OFICIO___REINCORP. LABORAL
RECOMENDAC. LAB.__CALIF. ORIGEN__CONTROL AT-EL__DEPORTIVA __ REV. PARACLINICOS____**FECHA** 01 NOV 2024
NOMBRE: Maria Isabel APELLIDOS: Vengoechea Ruiz **EDAD: 33** **C.C**: 1.082.932.071

CARGO: Médico - **CIUDAD:** Santa Marta

EXAMENES PARACLINICOS

1. Optometría x	4. Glicemia	7. P. de orina	10. ECG
2. Audiometría x	5. Cuadro Hemático	8. E.M.G+N.C	11. Creatinina
3. Espirometría	6. Perfil Lipídico	9. Rayos X Columna	12. TGO-TGP

10. Otros:

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE		**X**
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR		NINGUNA
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR		NINGUNA
APLAZADO		NO
APTO PARA LABOR EN ALTURAS		NO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR		SI
EXAMEN DE RETIRO		SI
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ____	NO X FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ____	NO X FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ____	NO X

RECOMENDACIONES

PARA ELTRABAJADOR: RESTRICCIONES LABORALES: Transitorias: NO Tiempo: NO Permanentes: NO
RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: Se indica mantener hábitos saludables, realizar pausas activas y actividades deportivas por lo menos 3 veces a la semana, mantener buena postura, realizar ejercicios de estiramiento durante la jornada laboral.

Se remite a EPS: No Continuar manejo medico por EPS NO Se remite a ARL: NO

PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: uso elementos de protección personal según riesgo laboral,realizar pausas activas,mantener adecuada actividad fisica

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico:_____Psicosocial:_____

Auditivo:_____Visual:_____Respiratorio:____Biológico:____Químico:_____De accidente de trabajo:_____
Otro:_____

FIRMA. **NOMBRE MEDICO**
REGISTRO Y LICENCIA SO

Dra. Maryeri Rey Cruz
Médico Especialista S S T
RM 1121830996
Lic 4921-18

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C.