MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.748.129				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	07/01/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 46.682.471	**EDAD**	42	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	SALINAS ARENAS MARTHA ANGELICA				
TIPO DE CARGO	OTRO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - POR AUDIOLOGIA OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE AUDÍFONOS DE ENTRETENCION, NO USO DE HISOPOS U OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA - CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo SALINAS ARENAS MARTHA ANGELICA identificado con CC No. 46.682.471. 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

Doris Hernandez M.
Médica Especialista S.O.
R.M. 38230411
Lic. S.O. 13470-2015

DRA. DORIS HERNANDEZ LSST 13470-2015

Aspirante o trabajador

CC. 46.682.471