Licencia 00369 de 20 de Noviembre de 2017 expedida por la Secretaria Deptal del Caqueta

Certificado Medico Ocupacional No.

009327

Fecha/Hora EXAMEN

21/01/2020 10:22 a.m.

Clase de Certificado

Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso

FLORENCIA - CAQUETA



ANDREI PASCUAS CUELLAR

Documento	1075228196	(•) Masculino	( ) Femenino
Fecha Nacimiento	31-mar-88	Lugar	NEIVA
Dirección	LA CONSOLATA		
Teléfono/Movil	(322)349-52-22	FLORENCIA, CAQUETA	
Tipo Sangre - RH	O +	Estado Civil	Unión Libre
Escolaridad	Profesional	Servicio Militar	NO
Empresa	PARTICULAR		
Cargo	CONTRATISTA		

EPS: Asmet Salud EPS | ARL: Otras | AFP: Otras

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A
SEROLOGIA				PARCIAL DE ORINA				TGO/TGP			
CUADRO HEMATICO				FROTIS DE GARGANTA				GPE			
ELECTROCARDIOGRAMA				KOH DE UÑAS				AUDIOMETRIA			
GLICEMIA				TRIGLICERIDOS				OPTOMETRIA			
PERFIL LIPIDICO				COLESTEROL TOTAL				ESPIROMETRIA			
COPROLOGICO				CREATININA				PSICOMOTRIZ			
OTROS				EGO							

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

CONDUCTAS

MANEJO POR EPS Y ARL		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
CONTROL PYP EPS	☐	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	☐	DIETA	☑
REMISION A EPS	☐	HIGIENE POSTURAL	☐	EJERCICIOS REGULAR	☑
CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	USO EPP	☐	NO FUMAR	☑
REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO	☐	USO AYUDAS ERGONOMICAS	☐	REDUCIR ALCOHOL	☑
SEGUIMIENTO CASO ARL	☐	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	☐	PAUSAS ACTIVAS	☑

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

APTO PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES: EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

RESTRICCIONES-LIMITACIONES: NINGUNO

RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: AUMENTO DE CONSUMO DE AGUA Y VEGETALES FRESCOS, AUMENTO CONSUMO DE FRUTAS FRESCAS, EVITAR ALIMENTOS GRASOS, AZUCARADOS, SALADOS, PICANTES, AHUMADOS O EMPAQUETADOS,LAVADO DE LAS MANOS ANTES DURANTE Y DESPUES DE LA MANIPULACION E INGESTA DE ALIMENTOS, REALIZACION DE EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR 30 MINUTOS ADECUADO A SU SITUACION DE SALUD) Y DEJACION DE HABITOS TOXICOS (SEDENTARISMO, DIETAS HIPERCALORICAS, FUMAR).

AUTORIZO AL PROFESIONAL MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. LA EMPRESA FUNDADORES ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO, PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA. ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

JHONATHAN ORLANDO BARRERA ARCINIEGAS

RM:1049622905-MEDICO OCUPACIONAL LICENCIASST

UNIVERSIDAD ECCI

ANDREI PASCUAS CUELLAR

PACIENTE CC: 1075228196