21



ÁLVARO MIRANDA ARÉVALO
MÈDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD METROPOLITANA BARRANQUILLA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA BOGOTÁ. D.C.
Celular:3135941490
Carrera 3 No 12- 17 Mompox Bolívar
RM:2204 MIN SALUD
Licencia en SG-SST. 039.
Secretaria de Salud de Bolívar

Versión 01 PAGÍNA 1 TIPO DE EXAMEN	
INGRESO	☒
EGRESO	☐
PERIODICO	☐

CERTIFICADO MÈDICO OCUPACIONAL
CON ENFASIS EN VALORACIÒN OSTEO MUSCALAR Y FÌSICA, VASCULAR

Empleador:

FECHA DE VALORACIÓN	**26/04/2024**		Cargo;		
INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR	**1 Apellido**	**Faciolince**	Edad	28Años	
	2 Apellido	**Martínez**	Sexo	Masculino	
	3 Nombres	**Javier Jesús**	No de cedula	1051675537	
EVALUACIÓN PRACTICADA	**Osteo Muscular y física, vascular.**				
	TA: 110/70; Interpretación normal, IMC:28.				
CONCEPTO OCUPACIONAL	**Apto a la fecha de la evaluación médica al cargo a ocupar**.				
CONCLUSIONES OCUPACIONAL	Evaluación Osteo muscular: Cuello: normal Miembros superiores; Normal Miembros inferiores: Normal Valoración columna vertebral: alineación sagital Flexión, extensión del tronco: Normal a la fecha. Evaluación de la marcha: Normal Región umbilical, inguinal: negativo hernia Evaluación psico social: Paciente consciente, orientada en lugar, tiempo espacio, sin trastorno mentales a la fecha. Antecedentes personales; sin datos de importancia Antecedente familiares; sin datos de importancia Agudeza visual OD.OI: Normal Paciente sin antecedente de accidente laboral. Valoración cisitema vascular miembros superiores , inferiores: normales. **Apto a la fecha de evaluación médica el cargo a ocupar.**				
RECOMENDACIONES MEDICA	1) Estilo de vida saludable.				
Recomendación ocupacional	1)Conocer el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la empresa.				
REMISIONES					

ALVARO MIRANDA AREVALO
Nombres apellidos del médico

AMA

Àlvaro Miranda Arèvalo

Firmado digitalmente por Àlvaro Miranda Arèvalo
Fecha: 2024.04.26 06:52:47 -05'00'

LICENICA EN SGSST. 039 secretaria de salud de Bolívar

RM 2204: MINISTERIO DE SALUD

SG-SST

Firma del trabajador:
No de cedula:

SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD DE SALUD EN EL TRABAJO