## DR JUAN MANUEL FAJARDO GONZALEZ

NIT: 79858938-3

**CONTACTOS**
8826738 - 3118621610
fajardo_juan@hotmail.com
Calle 5 # 10 A - 15 Consultorio 211
Zipaquirá (Cundinamarca)


# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** ALBERTH STIVEN MARTINEZ DAZA | | | **GÉNERO:** Masculino |
| **TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1072713156 | **FECHA NACIMIENTO:** 22/02/1997 | **EDAD:** 25 año(s) 10 mes (es) 28 día(s) |
| **EMPRESA CONTRATANTE:** INDEPENDIENTE | | | **TIPO EXAMEN:** Ingreso |
| **CARGO DESEMPEÑAR:** AUXILIAR JURIDICO | **JORNADA TRABAJO:** Diurno | | **FECHA:** 19/01/2023 |

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| **1. RECOMENDACIONES GENERALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Ninguna |
| | 1.1. Remisión a EPS | | 1.3. Completar esquema vacunación | | 1.5. Suspender tabaquismo | | 1.7. Control de peso y nutrición |
| | 1.2. Continuar manejo médico | X | 1.4. Inicio o continuar actividad física | | 1.6. Reducir consumo de alcohol | | 1.8. Otras |

| **2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Ninguna |
| | 2.1. Calificación de origen | | 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica | X | 2.7. Pausas activas | | 2.9. Uso diario de bloqueador solar |
| | 2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas | | 2.5. Uso de elementos de protección personal | X | 2.8. Uso de corrección visual | | 2.10. Otros |
| | 2.3. Seguimiento por ARL | X | 2.6. Pautas ergonómicas | | | | |

| **3. RESTRICCIONES** | | | | | | X | No Aplica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts | | 3.4. Trabajos en temperaturas bajas | | 3.7. Trabajo en espacios confinados | | 3.10. Cargas |
| | 3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts | | 3.5. Trabajo en temperaturas altas | | 3.8. Para conducción de vehiculos | | 3.11. Viajes |
| | 3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos | | 3.6. Trabajos con riesgo eléctrico | | 3.9. Manipulación de alimentos | | 3.12. Otros |

| **4. CONCEPTO MÉDICO** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales | | | | | | | |
| X | Concepto Sin Restricciones para el cargo | | Sin Restricciones para trabajo eléctrico | | Requiere evaluar reubicación laboral | | Sin restricción para continuar su labor actual |
| | Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones) | | Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas | | Requiere nueva valoración | | Sin diagnóstico de enfermedad laboral |
| | Aplazado | | Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados | | Satisfactorio | | Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL |
| | Sin Restricciones para manipulación de alimentos | | Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria | | Enfermedades de origen común | | Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral |
| | Sin Restricciones para trabajo en alturas | | | | | | |

| **5. EXÁMENES REALIZADOS** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Examen Físico | | Rx Tórax | | Perfil Lipídico | | TSH | | Frotis Faríngeo |
| X | Examen Físico con Énfasis Osteomuscular | | Rx Columna Lumbo Sacra | | Perfil Hepático | | Serología | | KOH Uñas |
| | Audiometría | | Cuadro Hemático | | Perfil Renal | | Ácido Úrico | | Coprológico |
| | Optometría | | Glicemia | | Frotis Sangre Periférica | | Tamizaje Drogas | | Baciloscopia |
| | Espirometría | | Electrocardiograma | | Hemoclasificación | | Alcohol | | Evaluación Neuropsicológica |
| | Visiometría | | Parcial de Orina | | Psicosensometrico | | Colinesterasa | | Otro |

| **6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES** |
|---|
| CONTROL MEDICO ANUAL. |

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

**FUNCIONARIO RESPONSABLE:**

Dr. Juan Manuel Fajardo G.
Médico Laboral - E.S.O.
L.S.O. 4187/19

JUAN MANUEL FAJARDO GONZALEZ
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 252040/2000
Licencia Salud Ocupacional: 4187-2019

**PACIENTE:**

ALBERTH STIVEN MARTINEZ DAZA





Naxvan Soft
www.naxvansoft.com