

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador 180010767401	No.
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	CARGO	EMPRESA			
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐	Profesional especializado	GOBERNACION DEL CAQUETA			
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: Alfonso cabrera oviedo							SEXO	Femenino ☐ Masculino ☒			
LUGAR DE NACIMIENTO: Suaza Huila				EDAD	36		FECHA DE NACIMIENTO	12/09/84 17636979			
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☒				UNIÓN LIBRE				TIEMPO EN LA PROFESIÓN:			
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Maestría				PROFESIÓN:				TELÉFONO: 3176360661			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 22 A N 3A IS											
3. EXÁMENES PARA CLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	PRUEBAS FUN	
SEROLOGÍA					GLICEMIA					AUDIOMETRÍA	
BASILOSCOPIA					PERFIL LIPÍDICO					VISIOMETRÍA	
KOH UÑAS					COPROLOGICO					ESPIROMETRÍA	
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA					ELECTROCARDIOGRAMA	
4. ENFASIS DEL EXAMEN											
EXAMEN OSTEOMUSCULAR											
5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO											
PERIÓDICO CON RESTRICCIONES											
PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES											
PERIÓDICO APLAZADO											
6. CONDUCTAS											
MANEJO POR EPS Y ARL				OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA			
CONTROL PYP EPS				CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL				DIETA			
REMISIÓN A EPS				HIGIENE POSTURAL				EJERCICIOS REGULAR			
CONTINUAR MANEJO MEDICO				USO EPP				NO FUMAR			
REMISIÓN ARL PARA MANEJO DE CASO				USO AYUDAS ERGONÓMICAS				REDUCIR ALCOHOL			
SEGUIMIENTO CASO ARL				PRUEBAS COMPLEMENTARIAS							
7. RECOMENDACIONES											
REMISIÓN A EPS: SI _____ NO _____ CUAL?											
TRATAMIENTO: SI _____ NO _____ CUAL?											
RECOMENDACIONES: SE EDUCA EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA SU ÁREA DE TRABAJO - SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SANO (ALIMENTACIÓN SALUDABLE, LAVADO DE MANOS AL MANIPULAR ALIMENTOS, REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICA) - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SU TRABAJO AL MENOS CADA 2 HORAS POR MÍNIMO 5 MINUTOS - CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA - USO DE TAPABOCAS PERMANENTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL DURANTE PANDEMIA POR COVID 19.											
EL TRABAJADOR EXAMINADO CERTIFICA QUE NO OMITIÓ NINGÚN DATO RELEVANTE SOBRE SUS ANTECEDENTES (OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES) QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACIÓN EXPRESADA POR EL, PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO ES CIERTA, ADEMÁS AUTORIZA SU ENVÍO AL EMPLEADOR											
FIRMA MEDICO:						FIRMA TRABAJADOR:					
DR. JONATHAN BARRERA						C.C.					
C.C. 1049622905-RM: 1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC. 00341-147/11/2019											