

40

		FUNDADORES SST			
		Código de Prestador 180010767401	No.		
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL					
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN					
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	PERIÓDICO ☒ REUBICACIÓN ☐
	28	12	2020	EGRESO	
CARGO				EMPRESA	
Profesional Universitario				GOBERNACION DEL CAQUETA	
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR					
NOMBRE Y APELLIDOS: Carlos Rivero Sanchez				SEXO: Femenino ☐ Masculino ☒	
LUGAR DE NACIMIENTO: Florencia		EDAD: 41		FECHA DE NACIMIENTO: 11/05/79	
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ CASADO ☐		UNIÓN LIBRE ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA: 17659295	
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional				TIEMPO EN LA PROFESIÓN:	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 33 2E -09				TELÉFONO: 320 306 3413	
3. EXÁMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES					
TIPO DE EXÁMENES		LABS		N A	
SEROLOGIA		GLICEMIA			
BASIOSCOPIA		PERFIL LIPIDICO			
KOH UÑAS		COPROLOGICO			
FROTIS DE GARGANTA		PARCIAL DE ORINA			
OTROS					
4. ENFASIS DEL EXAMEN					
EXAMEN OSTEOMUSCULAR				☒	
5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO					
PERIODICO CON RESTRICCIONES					
PERIODICO SIN RESTRICCIONES				☒	
PERIODICO APLAZADO					
6. 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 ☐			
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 PROTECCION PERSONAL INDICADOS PARA SU AREA DE TRABAJO - SE EDUCA EN ESTILOS DE VIDA SANO (ALIMENTACION SALUDABLE, LAVADO DE MANOS AL MANIPULAR ALIMENTOS, REALIZAR ACTIVIDADES FISICA) - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SU TRABAJO AL MENOS CADA 2 HORAS POR MINIMO 5 MINUTOS - CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA - USO DE TAPABOCAS PERMANENTE Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL DURANTE PANDEMIA POR COVID 19.					
- Asistir a control por nutricion					
- Continuar control cronicas hipertensivas por su IPS.					
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: JHONATHAN BARRERA					
C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019		C.C.			