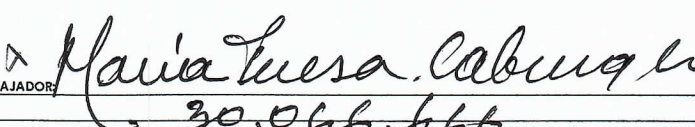


8

 CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador 180010767401	No.
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	Profesional universitario			EMPRESA GOBERNACION DEL CAQUETA	
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐					
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: <u>Maria Teresa Cabrera</u>							SEXO		☒ Femenino	☐ Masculino	
LUGAR DE NACIMIENTO: <u>Florencia</u>				EDAD: <u>61</u>	FECHA DE NACIMIENTO			DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA
								02	10	59	30 066 660
ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☒ CASADO							UNIÓN LIBRE				
NIVEL DE ESCOLARIDAD: <u>profesional</u>							TIEMPO EN LA PROFESIÓN:				
DIRECCIÓN RESIDENCIA: <u>calle 14 - 4-30</u>							TELÉFONO: <u>316 3751496</u>				
3. EXÁMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA					GLUCEMIA					AUDIOMETRÍA	
BASIOSCOPIA					PERFIL LIPIDICO					VISIOMETRIA	
KOH UÑAS					COPROLOGICO					ESPIROMETRÍA	
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA					ELECTROCARDIOGRAMA	
OTROS											
4. ENFASIS DEL EXAMEN											
EXAMEN OSTEOMUSCULAR										X.	
5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO											
PERIODICO CON RESTRICCIONES										X	
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.											
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				 30.066.666							
C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019											