

47

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador	No.
										180010767401	
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	CARGO			EMPRESA	
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐	Tecnico Operativo			GOBERNACION DEL CAQUETA	
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: Martha Lucia Soler							SEXO		Femenino ☒ Masculino ☐		
LUGAR DE NACIMIENTO				EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA	
Valparaiso				33			23	09	65	40767078	
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐				UNIÓN LIBRE ☒							
NIVEL DE ESCOLARIDAD: profesional							TIEMPO EN LA PROFESIÓN:				
DIRECCIÓN RESIDENCIA: crd 13 N 191-67							TELÉFONO: 3133094400				
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	
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?											
<p>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.</p> <p>- Asistir a medicina general y fisioterapia para manejo lenguaje.</p> <p>- Evitar carga > 5kg, evitar posición forzada, alternar posición de bipedestación/sedestación.</p>											
<p>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</p>											
FIRMA MEDICO:						FIRMA TRABAJADOR:					
DR. JHONATHAN BARRERA											
C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019						C.C.					