

42

										CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST Código de Prestador 180010767401 No.	
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN														CARGO Secretario General				EMPRESA GOBERNACION DEL CAQUETA			
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐	PERIÓDICO	☒	EGRESO	☐	REUBICACIÓN	☐										
	28	12	2020																		
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR																					
NOMBRE Y APELLIDOS: Miguel Uribe Diaz										SEXO: Femenino ☐ Masculino ☒											
LUGAR DE NACIMIENTO: Doncello										EDAD: 56		FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AA 20 09 64		CEDULA DE CIUDADANÍA: 17 638582							
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐										UNIÓN LIBRE ☐											
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional										PROFESIÓN:		TIEMPO EN LA PROFESIÓN:									
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Casa 10 A U 3 C - 63										TELÉFONO: 313421796											
3. EXÁMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES																					
TIPO DE EXÁMENES				LABS		N		A		TIPO DE EXÁMENES				PRUEB. FUN		N		A			
SEROLOGIA										AUDIOMETRÍA											
BASIOSCOPIA										VISIOMETRIA											
KOH UÑAS										ESPIROMETRÍA											
FROTIS DE GARGANTA										ELECTROCARDIOGRAMA											
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.																					
- Realizar tratamiento de la presión arterial.																					
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. 17638582																					