



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

FUNDADORES SST
Código de Prestador: 180010767401
No.:

1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN

FECHA	DÍA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	CARGO	EMPRESA
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐	Secretaria #deactiva	GOBERNACION DEL CAQUETA

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:	Monica Hernandez de Cortez						SEXO	Femenino ☒ Masculino ☐
LUGAR DE NACIMIENTO	San vicente		EDAD	64		FECHA DE NACIMIENTO	DD MM AA	CEDULA DE CIUDADANÍA
							29 11 56	40789481
ESTADO CIVIL:	SOLTERO ☐		CASADO ☒		UNIÓN LIBRE			
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	TECNICO		PROFESIÓN:		TIEMPO EN LA PROFESIÓN:			
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	Cco 3 B N 12-45						TELÉFONO:	314 5614739

3. EXÁMENES PARACLÍNICOS OCUPACIONALES

TIPO DE EXÁMENES	LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	PRUEB. FUN	N	A
SEROLOGIA				GLICEMIA				AUDIOMETRÍA			
BASILOSCOPIA				PERFIL LIPIDICO				VISIOMETRIA			
KOH UÑAS				COPROLOGICO				ESPIROMETRÍA			
FROTIS DE GARGANTA				PARCIAL DE ORINA				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.

- Asistir a mediciny. general por su IPS para el finamiento de la presion 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:
DR. JHONATHAN BARRERA
C.C. 1049622905-RM: 1049622905 MEDICO @ OCUPACIONAL LIC. 00341-147/11/2019

FIRMA TRABAJADOR: