

34

		CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL		FUNDADORES SST							
				Código de Prestador 180010767401	No.						
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA 28	MES 12	AÑO 2020	INGRESO ☐ PERIÓDICO ☒	CARGO Aux. Administrativa						
	EGRESO ☐	REUBICACIÓN ☐			EMPRESA GOBERNACION DEL CAQUETA						
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: Nancy Rueda Paladines			SEXO Femenino ☒ Masculino ☐								
LUGAR DE NACIMIENTO Florencia		EDAD 46	FECHA DE NACIMIENTO 14/03/74		CEDULA DE CIUDADANÍA 40778257						
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☒		UNIÓN LIBRE ☐									
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller		PROFESIÓN:		TIEMPO EN LA PROFESIÓN: 6 años							
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Manzana 13 Postal Miraflores				TELÉFONO: 3124801112							
3. EXÁMENES PARA CLINICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES	LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	PRUEB.FUN	N	A
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										☒	
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											
REMISSION 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 nutricion para control del peso - Asistir a medicina general para seguimiento de la presión.											
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				FIRMA TRABAJADOR:							
C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019				C.C.							