

36

 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: North Moroz Galsca							SEXO: Femenino ☒ Masculino ☐				
LUGAR DE NACIMIENTO: Milan				EDAD: 32		FECHA DE NACIMIENTO: 5-04-68		CEDULA DE CIUDADANÍA: 40770306			
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐				UNIÓN LIBRE ☒							
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico				PROFESIÓN:				TIEMPO EN LA PROFESIÓN:			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Urbanización Panosama							TELÉFONO: 3108818663				
3. EXÁMENES PARA CLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA					GLICEMIA					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											
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				a North Moroz Galsca							
C.C.1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019				C.C.							