

13

 CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST Código de Prestador 180010767401 No.	
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒	CARGO	EMPRESA			
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN	☐	Directora de tránsito.	GOBERNACION DEL CAQUETA			
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: Sandra Milena Calderon							SEXO	Femenino ☒ Masculino ☐			
LUGAR DE NACIMIENTO: Garzor				EDAD	31		FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA
								13	05	89	1081402594
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☒				UNIÓN LIBRE							
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional				TIEMPO EN LA PROFESIÓN:							
DIRECCIÓN RESIDENCIA: calle 9A 2 este 30.				TELÉFONO: 3123643954							
3. EXÁMENES PARA CLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA					GLICEMIA					AUDIOMETRÍA	
BASÍLOSCOPIA					PERFIL LIPÍDICO					VISIOMETRÍA	
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											
PERIÓDICO CON RESTRICCIONES											
PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES								☒			
PERIÓDICO APLAZADO											
6. CONDUCTAS											
MANEJO POR EPS Y ARL				OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA			
CONTROL PYP EPS ☐				CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL ☐				DIETA ☒			
REMISIÓN A EPS ☐				HIGIENE POSTURAL ☒				EJERCICIOS REGULAR ☒			
CONTINUAR MANEJO MEDICO ☐				USO EPP ☒				NO FUMAR ☒			
REMISIÓN 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. JONATHAN BARRERA				Sandra C.							
C.C 1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019				C.C. 1081402594							