4

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

FUNDADORES SST

Código de Prestador 180010767401 No.

1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN

FECHA	DIA	MES	AÑO				
	28	12	2020	INGRESO		PERIÓDICO	X
				EGRESO		REUBICACIÓN	

CARGO: Sumistra Cobertura

EMPRESA: GOBERNACION DEL CAQUETA

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS: Sandra Rodriguez

SEXO Femenino Masculino

LUGAR DE NACIMIENTO: Suhagan -

EDAD: 43

FECHA DE NACIMIENTO: DD 14 MM 12 AA 78

CEDULA DE CIUDADANÍA: 30575788.

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

PROFESIÓN: posgrado.

TIEMPO EN LA PROFESIÓN:

DIRECCIÓN RESIDENCIA: B/ Acadsur L.

TELÉFONO: 312-5633355

3. EXÁMENES PARACLINICOS 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	X	

5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

PERIODICO CON RESTRICCIONES	
PERIODICO SIN RESTRICCIONES	X
PERIODICO APLAZADO	

6. CONDUCTAS

MANEJO POR EPS Y ARL		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
CONTROL PYP EPS		CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL		DIETA	X
REMISION A EPS		HIGIENE POSTURAL	X	EJERCICIOS REGULAR	X
CONTINUAR MANEJO MEDICO		USO EPP	X	NO FUMAR	X
REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO		USO AYUDAS ERGONOMICAS		REDUCIR ALCOHOL	X
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:

DR:JHONATHAN BARRERA

C.C1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019

FIRMA TRABAJADOR: Sandra Rodriguez

C.C.