CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

FUNDADORES SST

Código de Prestador No. 180010767401

1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN

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

CARGO: Profesional universitario

EMPRESA: GOBERNACION DEL CAQUETA

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS: yolanda soler.

SEXO Femenino X Masculino

LUGAR DE NACIMIENTO: Valparaiso

EDAD: 56

FECHA DE NACIMIENTO: DD 20 MM 06 AA 64

CEDULA DE CIUDADANÍA: 40763313

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO X UNIÓN LIBRE

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Especialización

PROFESIÓN:

TIEMPO EN LA PROFESIÓN:

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Sanitas.

TELÉFONO: 3208286130

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: Yolanda Soler Herrera

C.C. 40763313