

15

FUNDADORES SST									
Código de Prestador 180010767401 No.									
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL									
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN									
FECHA	DIA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO ☒	CARGO	EMPRESA		
	28	12	2020	EGRESO	☐ REUBICACIÓN ☐	Secretaria	GOBERNACION DEL CAQUETA		
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR									
NOMBRE Y APELLIDOS: Rodolfo Pardo Manje						SEXO	Femenino ☒ Masculino ☐		
LUGAR DE NACIMIENTO: Florencia				EDAD: 37	FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	CEDULA DE CIUDADANÍA
						27	11	83	40611865
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☒				UNIÓN LIBRE					
NIVEL DE ESCOLARIDAD: profesional				PROFESIÓN:			TIEMPO EN LA PROFESIÓN:		
DIRECCIÓN RESIDENCIA: calle 16 N 12-04				TELÉFONO: 35 0308057					
3. EXÁMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES									
TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A	TIPO DE EXÁMENES		LABS	N	A
SEROLOGIA					GLICEMIA				
BASIOSCOPIA					PERFIL LIPIDICO				
KOH UÑAS					COPROLOGICO				
FROTIS DE GARGANTA					PARCIAL DE ORINA				
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 ☒			
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: DR. JONATHAN BARRERA									
FIRMA TRABAJADOR: Rodolfo Pardo Manje									
C.C. 40611865									