

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL										FUNDADORES SST	
										Código de Prestador 180010767401	No.
1. INFORMACIÓN DEL EXAMEN											
FECHA	DÍA	MES	AÑO	INGRESO	☐ PERIÓDICO	☒ REUBICACIÓN				CARGO	EMPRESA
	28	12	2020	EGRESO	☐	☐				Celador.	GOBERNACION DEL CAQUETA
2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR											
NOMBRE Y APELLIDOS: <u>YUDY Celsay Ramirez</u>										SEXO: ☒ Femenino ☐ Masculino	
LUGAR DE NACIMIENTO: <u>Albania</u>				EDAD: <u>41</u>		FECHA DE NACIMIENTO: <u>30/11/79</u>		CEDULA DE CIUDADANÍA: <u>40077631</u>			
ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO				UNIÓN LIBRE		SEPARADO.					
NIVEL DE ESCOLARIDAD: <u>Tecnico</u>				PROFESIÓN: <u>Asmet salud.</u>		TIEMPO EN LA PROFESIÓN:		TELÉFONO: <u>313 817 7719</u>			
3. EXÁMENES PARACLÍNICOS OCUPACIONALES											
TIPO DE EXÁMENES				LABS		N		A		TIPO DE EXÁMENES	
SEROLOGIA										AUDIOMETRÍA	
BASIOSCOPIA										VISIOMETRIA	
KOH UÑAS										ESPIROMETRÍA	
FROTIS DE GARGANTA										ELECTROCARDIOGRAMA	
4. ENFASIS DEL EXAMEN											
EXAMEN OSTEOMUSCULAR										X.	
5. CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO											
PERIODICO CON RESTRICCIONES										X.	
PERIODICO SIN RESTRICCIONES										X.	
PERIODICO APLAZADO										X.	
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.											
<u>- Uso medias elasticas compresivas - Asistir a medicina general para manejo de varices en piernas.</u>											
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: <u>YUDY C RAMIREZ</u>					
DR: JHONATHAN BARRERA						C.C.					
C.C 1049622905-RM:1049622905 MEDICO OCUPACIONAL LIC.00341-147/11/2019											