



DAVID RAMOS MORENO

MEDICO Y CIRUJANO  
ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL

Carrera 13 N° 2-31 Telefono: 60-8-8602959 Celular: 312 411 18 94  
NIT. 12.132.591-1 Codigo de Prestador: 4100101349 Registro Medico: 137-97

CERTIFICADO MEDICO

EXAMEN DE INGRESO LABORAL

PREEMPLEO XX PERIODICO    RETIRO   

DEPARTAMENTO: HUILA CIUDAD: NEIVA

FECHA		
DIA	MES	AÑO
22	5	2025

IDENTIFICACION

APELLIDOS: <b>RICO ORTIZ</b>	NOMBRES: <b>ADMED</b>	FECHA DE NACIM			EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
		DIA	MES	AÑO	48 A	M <u>  </u> X <u>  </u> F <u>  </u>	SOLTERO: <u>  </u> VIUDO <u>  </u> SEPARADO: CASADO <u>X</u> U. LIBRE <u>  </u>
DIRECCION: Manzana C casa 4		TELEFONO: <b>313 3966391</b>		BARRIO: SAGRDO CORAZON DE JESUS		CIUDAD: <b>PALERMO</b>	SERVICIO MILITAR SI <u>X</u> NO <u>  </u>
CARGO ACTUAL PENSIONADO		ESCOLARIDAD PRIMARIA <u>XX</u> SECUNDARIA <u>X</u> TECNOLOGIA <u>  </u> UNIVERSITARIA <u>  </u> POSGRADOS <u>  </u> NINGUNO <u>  </u>				TITULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO	
No. <b>1.075.295.034</b>							
ADiestramiento CONTRATISTA: INGENIERO							

ANTECEDENTES OCUPACIONALES CON OTRAS EMPRESAS

OFICIOS ANTERIORES	ENTIDAD	RIESGOS	TIEMP. EXPOSICION
SOLDADO PROFESIONAL			

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

COD	ENFERMEDAD	P	F	COD	ENFERMEDAD	P	F	COD	ENFERMEDAD	P	F
1				6				11			
2				7				12			
3				8				13			
4				9				14			
5				10				15			

EXPLIQUE CITANDO CODIGO: NO REFIERE


DROGA O TRATAMIENTO: SI    NO    ¿CUÁL? NO

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA <u>  </u> CICLOS <u>  </u> F.U.M <u>  </u> F.U.P <u>  </u> ULTIMA CITOLOGIA <u>  </u>
PLANIFICACION SI <u>  </u> NO <u>  </u> ¿CUÁL? <u>  </u> DIU <u>  </u> G <u>  </u> O <u>  </u> P <u>  </u> O <u>  </u> C <u>  </u> O <u>  </u> A <u>  </u> O <u>  </u> M <u>  </u> O <u>  </u>

ANTECEDENTES TRAUMATICOS Y COMUNES

NATURALEZA DE LA LESION	TIEMPO DE OCURRENCIA	SECUELAS

HABITOS

TABAQUISMO <u>  </u> NO <u>  </u> FARMACODEPENDENCIA <u>  </u> NO <u>  </u>
ALCOHOLISMO <u>  </u> NO <u>  </u> ALIMENTICIOS <u>  </u> NO <u>  </u>
DEPORTES <u>  </u> SI <u>  </u> OTRAS ACTIVIDADES <u>  </u> NO <u>  </u>

AREA PSICOSOCIAL

AREA LABORAL	E	B	R	D	M	AREA SOCIAL	E	B	R	D	M
RELACION CON: SUBALTERNOS IGUALES SUPERIORES DIFICULTADES: <u>  </u> NO <u>  </u>						GRADO DE SATISFACCION  DIFICULTADES: <u>  </u> NO <u>  </u>					
AREA FAMILIAR	E	B	R	D	M	AREA PERSONAL	E	B	R	D	M
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: <u>  </u> NO <u>  </u>						DIFICULTADES: <u>  </u> NO <u>  </u>					
AREA EDUCACION:	E	B	R	D	M	AREA SEXUAL	E	B	R	D	M
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: <u>  </u> NO <u>  </u>						DIFICULTADES: <u>  </u> NO <u>  </u>					

EXAMEN MEDICO

PESO 73 KG

TALLA 172 CM

F.C 72 X MIN

F.R 16 X MIN

TA(M.S.D) 110/70

TA(M.S.I)

T ° 36.2 C

DIESTRO: XX ZURDO

VALORACION POR SISTEMA (ESTATICA Y DINAMICA)

COD	ANATOMIA		N	A
1	CABEZA	CRANEO	OK	
		CARA	OK	
2	OJOS	ANATOMIA	OK	
		FUNCIONALIDAD	OK	
		AGUDEZA VISUAL	OK	
	ORL		OK	
3	OIDOS	ANATOMIA	OK	
		FUNCIONALIDAD	OK	
		AGUDEZA AUDITIVA	OK	
4	NARIZ	ANATOMIA	OK	
		FUNCIONALIDAD	OK	
5	BOCA	ANATOMIA	OK	
		FUNCIONALIDAD	OK	
6	CUELLO	ANATOMIA	OK	
		FUNCIONALIDAD	OK	
7	TORAX	PULMONES	OK	
		CORAZON	OK	
		MAMAS	OK	
8	GASTROINTESTINAL		OK	
9	GENITO URINARIO	EXTERNOS		
		INTERNOS		
		PROSTATA (TR)		
		CITOLOGIA		
10	OSTEO MUSCULAR Y ARTICULAR	CABEZA Y CUELLO	OK	
		TORAX	OK	
		ABDOMEN	OK	
		COLUMNA VERTEBRAL	OK	
		EXTREMIDADES SUP	OK	
		EXTREMIDADES INF	OK	
11	VASCULAR		OK	
12	NEUROLOGICO		OK	
13	PIEL Y ANEXOS		OK	

1. VISIOMETRIA: VISION 20/20. 2. AUDIOMETRIA: AUDICION BILATERAL CONSERVADA. 3. FISIOCORPORAL SIMETRICO OSTEOMUSCULAR SIMETRICO SIN ALTERACIONES. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. 13. INTEGRA

RECOMENDACIONES

REMITIR SI NO X A:

OTRAS:

CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL: SI HIGIENE POSTURAL: SI

USO EPP: SI USO DE AYUDAS ERGONOMICAS: SI

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA: DIETA: SI EJERCICIO REGULAR: SI NO FUMAR: REDUCIR ALCOHOL:

MANEJO POR EPS/ARP

CONTROL P Y P EPS:

REMISION EPS:


CONTINUAR MANEJO MEDICO: MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR LA EPS: NUEVA EPS

PARA EL INGRESO: APTO SI NO APTO APLAZADO

MEDICO EXAMINADOR:

DAVID RAMOS MORENO

NOMBRES Y APELLIDOS




FIRMA

137/97

REGISTRO M.D

TRABAJADOR

FIRMA



1075295034

C.C.

CONTROLES

CONTROL 1	MEDICO	FECHA
MANTENIMIENTO DE LA SALUD. AUTOCUIDADO. NO REFIERE NO PRESENTA ENFERMEDAD OCUPACIONAL		
REPORTAR ACCIDENTES DE TRABAJO O INCIDENTES QUE PUEDAN OCURRIR		
EVITAR LA EXPOSICION A RUIDOS ALTOS		
MECANICA CORPORAL		
PAUSA ACTIVAS SEGUN PROTOCOLO DE LA EMPRESA		
CONTROL 2	MEDICO	FECHA