

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

PREEMPLOO XX

PERIODICO _____

RETIRO _____

FECHA

DEPARTAMENTO: HUILA

CIUDAD: NEIVA

DIA

MES

AÑO

10

10

2023

IDENTIFICACION

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|-------------------------------|------------|-------------|----------------------|----------------------------------|--|---|--|
| APELLIDOS: MURCIA JIMENEZ | | NOMBRES: HUBER | | FECHA DE NACIM | | | EDAD | | SEXO | | ESTADO CIVIL | |
| | | | | DIA | MES | AÑO | 59 A | | M _X_ F ____ | | SOLTERO: _XX_ VIUDO _ SEPARADO CASADO ____ U. LIBRE ____ | |
| | | | | 15 | 9 | 1964 | | | | | | |
| DIRECCION: CALLE 54 A # 5W-15 | | | TELEFONO: 3133264199 | | BARRIO: CARLOS PIZARRO | | | CIUDAD: NEIVA | | SERVICIO MILITAR SI ____ NO _X_ | | |
| CARGO ACTUAL CONTRATISTA | | | ESCOLARIDAD PRIMARIA _XX_ SECUNDARIA _X_ TECNOLOGIA ____ UNIVERSITARIA ____ POSGRADOS ____ NINGUNO ____ | | | | | | TITULO OBTENIDO BACHILLER | | | |
| IDENTIFICACION | | | | | | | | | | | | |
| No. 12.129.234 | | | | | | | | | | | | |
| ADIESTRAMIENTO CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |

ANTECEDENTES OCUPACIONALES CON OTRAS EMPRESAS

| OFICIOS ANTERIORES | ENTIDAD | RIESGOS | TIEMP. EXPOSICION |
|--------------------|---------|---------|-------------------|
| CONTRATISTA | | | |
| | | | |
| | | | |

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:

| |
|---|
| |
| |
| |
| DROGA O TRATAMIENTO: SI __ NO __ ¿CUÁL? |

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA _____ CICLOS _____ F.U.M _____ F.U.P _____ ULTIMA CITOLOGIA _____
 PLANIFICACION SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____ DIU _____ G 0 _____ P 0 _____ C 0 _____ A 0 _____ M 0 _____

ANTECEDENTES TRAUMATICOS Y COMUNES

| NATURALEZA DE LA LESION | TIEMPO DE OCURRENCIA | SECUELAS |
|-------------------------|----------------------|----------|
| NO REFIERE | | |
| | | |
| | | |

HABITOS

TABAQUISMO NO FARMACODEPENDENCIA NO
ALCOHOLISMO NO ALIMENTICIOS NO
DEPORTES SI OTRAS ACTIVIDADES NO

AREA PSICOSOCIAL

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| AREA LABORAL | E | B | R | D | M | AREA SOCIAL | E | B | R | D | M |
| RELACION CON: | | | | | | GRADO DE SATISFACCION | | | | | |
| SUBALTERNOS | | | | | | | | | | | |
| IGUALES | | | | | | | | | | | |
| SUPERIORES | | | | | | | | | | | |
| DIFICULTADES: <u>_NO_____</u> | X | | | | | DIFICULTADES: <u>_NO_____</u> | X | | | | |
| AREA FAMILIAR | E | B | R | D | M | AREA PERSONAL | E | B | R | D | M |
| GRADO DE SATISF. | | | | | | | | | | | |
| DIFICULTADES: <u>_NO_____</u> | X | | | | | DIFICULTADES: <u>_NO_____</u> | X | | | | |
| AREA EDUCACION: | E | B | R | D | M | AREA SEXUAL | E | B | R | D | M |
| GRADO DE SATISF. | | | | | | | | | | | |
| DIFICULTADES: <u>_NO_____</u> | | | | | | DIFICULTADES: <u>_NO_____</u> | X | | | | |

EXAMEN MEDICO

PESO 77 KG

TALLA 165 CM

F.C 72 X MIN

F.R 16 X MIN

TA(M.S.D) 110

TA(M.S.I) 70

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: LENTES ADAPTADOS LECTURA VISION 20/20. 2. AUDIOMETRIA: AUDICION BILATERAL CONSERVADA. 3. FISIOCORPORAL SIMETRICO OSTEOMUSCULAR SIMETRICO SIN ALTERACIONES. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

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: NUEVA EPS

REMISION EPS:

X

PARA EL INGRESO: APTO SI NO APTO APLAZADO

MEDICO EXAMINADOR:

DAVID RAMOS MORENO

137/97

NOMBRES Y APELLIDOS FIRMA REGISTRO M.D

TRABAJADOR

12129234

FIRMA 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 | | |
| CONTROL 2 | MEDICO | FECHA |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |