



# 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   

FECHA		
DIA	MES	AÑO
<b>17</b>	<b>9</b>	<b>2024</b>

DEPARTAMENTO: HUILA

CIUDAD: NEIVA

### IDENTIFICACION

APELLIDOS: <b>GOMEZ</b>	NOMBRES: <b>ARTURO</b>	FECHA DE NACIM.			EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
		DIA	MES	AÑO	68 A	M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	SOLTERO: <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO
		4	8	1956		F	CASADO <input type="checkbox"/> U. LIBRE <input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCION: CALLE 14 # 27-24		TELEFONO: <b>3132816677</b>	BARRIO: <b>EL JORDAN</b>	CIUDAD: <b>NEIVA</b>		SERVICIO MILITAR SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CARGO ACTUAL CONTRATISTA		ESCOLARIDAD PRIMARIA <u>XX</u> SECUNDARIA <u>XX</u> TECNOLOGIA <u>  </u> UNIVERSITARIA <u>  </u>				TITULO OBTENIDO: <b>BACHILLER</b>	
IDENTIFICACION No. <b>14.231.024</b>		POSGRADOS <u>  </u> NINGUNO <u>  </u>					
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: NO

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> 0 <u>  </u> P <u>  </u> 0 <u>  </u> C <u>  </u> 0 <u>  </u> A <u>  </u> 0 <u>  </u> M <u>  </u> 0	<u>      </u>		

### ANTECEDENTES TRAUMATICOS Y COMUNES

NATURALEZA DE LA LESION	TIEMPO DE OCURRENCIA	SECUELAS

### 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: SUBALTERNOS IGUALES SUPERIORES DIFICULTADES: _NO_____						GRADO DE SATISFACCION					
	X					DIFICULTADES: _NO_____	X				
AREA FAMILIAR	E	B	R	D	M	AREA PERSONAL	E	B	R	D	M
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: _NO_____	X					DIFICULTADES: _NO_____	X				
AREA EDUCACION:	E	B	R	D	M	AREA SEXUAL	E	B	R	D	M
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: _NO_____						DIFICULTADES: _NO_____	X				

## EXAMEN MEDICO

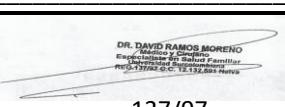
PESO 63 KG 168 CM F.C. 72 X MIN F.R. 16 X MIN  
 TA(M.S.D) 110 TA(M.S.I) 70 T° 36.2 C DIESTRO: XX ZURDO

### VALORACION POR SISTEMA (ESTATICA Y DINAMICA)

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

1. VISIONMETRIA: VISION 20/20. LENTES LECTURA. 2.  
 AUDIOMETRIA: AUDICION CONSERVADA . 3.  
**FISIOCORPORAL SIMETRICO OSTEOMUSCULAR**  
**SIMETRICO SIN ALTERACIONES.** NO DEFICIT MOTOR  
 NI SENSITIVO. 7. CARDIOVASCULAR: RSCRS NO  
 SOPLOS NO COMPROMISO DE ORGANOS BLANCOS.  
 PULSOS PERISFERICOS SIMETRICOS.13. INTEGRA

### RECOMENDACIONES

REMITIR _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> A: _____				
OTRAS:				
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL: <u>SI</u> HIGIENE POSTURAL: <u>SI</u>				
USO EPP: <u>SI</u> USO DE AYUDAS ERGONOMICAS: <u>SI</u>				
HABITOS Y ESTILOS DE VIDA: DIETA: <u>SI</u> EJERCICIO REGULAR: <u>SI</u> NO FUMAR: <u>      </u> REDUCIR ALCOHOL: <u>      </u>				
MANEJO POR EPS/ARP				
CONTROL P Y P EPS:				
REMISION EPS: _____				
CONTINUAR MANEJO MEDICO: _____ MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR LA EPS: <b>REGIMEN ESPECIAL</b>				
PARA EL INGRESO: _____ APTO <u>SI</u> NO APTO _____ APLAZADO _____				
MEDICO EXAMINADOR: 	TRABAJADOR			
DAVID RAMOS MORENO	137/97			
NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	REGISTRO M.D	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