

NIT. 901.041.032-1

**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

**Ingreso**  **Periódico**  **Retiro**  **Reingreso**  **Reubicación**  **Seguimiento médico**

De acuerdo con los hallazgos encontrados en la evaluación médica ocupacional, los exámenes paraclínicos, la evaluación de antecedentes médicos por historia clínica y en cumplimiento de la Resolución 2346 de 2006 y Resolución 1409 de 2012, del Ministerio de la Protección Social, el suscrito médico, certifica:

<b>Fecha:</b> 2021/01/25	<b>Nombre de la empresa:</b> TRASLADOS Y LOGÍSTICA TRANSPORTES S.A.S.		
<b>Departamento:</b> Cundinamarca	<b>Ciudad:</b> Bogotá	<b>Dirección:</b> Calle 70 <sup>a</sup> No. 13-61	<b>Teléfono:</b> 3504181194
<b>AREA:</b> Operativa			<b>CARGO:</b> Aux Operativa
<b>C.C:</b> 1.053.343.091	<b>Apellidos:</b> Monroy Díaz	<b>Nombres</b> July Carolina	
<b>EDAD:</b> 26 años.	<b>SEXO:</b> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<b>Celular:</b> 3227938820	
<b>EPS:</b> Compensar	<b>ARL:</b> Sura	<b>AFP:</b> Porvenir	

**EXÁMENES MÉDICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS**

N: Normal AN: Anormal

<b>Énfasis en osteomuscular</b> <input checked="" type="checkbox"/>			<b>Énfasis en manipulación de alimentos</b> <input type="checkbox"/>			<b>Énfasis para trabajo en alturas y espacios confinados</b> <input type="checkbox"/>					
<b>Examen</b>	<b>N</b>	<b>AN</b>	<b>Examen</b>	<b>N</b>	<b>AN</b>	<b>Examen</b>	<b>N</b>	<b>AN</b>	<b>Examen</b>	<b>N</b>	<b>AN</b>
Medico	<input checked="" type="checkbox"/>		Visiometría			CH	<input checked="" type="checkbox"/>		Glicemia		
Audiometría			Examen de voz			KOH			Basiloscopia		
Espirometría			EKG			Serología			Fro. Faríngeo		

**CONCEPTO**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b>
<input type="checkbox"/> <b>CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO:</b> _____
RESTRICCIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RESTRICCIONES PARA MANIPULAR ALIMENTOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> APLAZADO: _____
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESENTA PATOLOGÍA MODIFICABLE CON ESTILO DE VIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HAY RESTRICCIONES A SU LABOR. CUALES: _____

**RECOMENDACIONES GENERALES**

<b>Manejo por EPS/ARL</b>	<b>Ocupacionales</b>		<b>Hábitos y estilos de vida</b>
Control periódico por EPS -IPS	<input checked="" type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/>
Remisión a EPS – IPS		Higiene postural	<input checked="" type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/>
Continuar manejo médico EPS – IPS		Pausas activas cada 2 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/>
Remisión ARL para manejo del caso		Uso permanente de EPP	<input checked="" type="checkbox"/> Música, radio, tv a bajo volumen <input type="checkbox"/>
Continuar manejo medico ARL		Capacitación y entrenamiento para trabajo en alturas	No uso de audífonos de aparatos electrónicos <input type="checkbox"/>

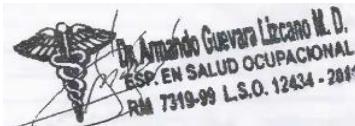
**Recomendaciones Específicas:** PVE: Osteomuscular, auditivo, físico, químico.

Aplicar batería de Riesgo Psicosocial. Actualizar esquema de vacunación tétano.

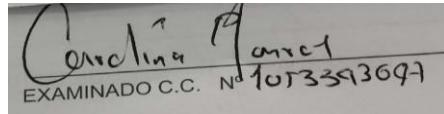
Sin factor de riesgo para COVID-19. Uso permanente de corrección visual, control anual por optometría por EPS.

Control de función tiroidea, glicemia, valoración por endocrinología, Valoración por ortopedia por EPS.

Uso de medias compresión grado medio

**Médico:**


Firma y sello

**Aspirante o Trabajador**


EXAMINADO C.C. N° 1013393697