

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 8321703-73409

| | | | |
|---------------------------|--|------------------------|------------|
| Paciente: | ANDERSON DAVID PEREZ MUÑOZ | Identificación: | 8321703 |
| Género: | MASCULINO | Edad: | 35 |
| Estado Civil: | UNIÓN LIBRE | Teléfono: | NO TIENE |
| Dirección Empresa: | BARRIO MANRIQUE CR 31 B A TRANSPORTES ESPECIALES DE OCCIDENTE SAS | Móvil: | 3104167040 |
| Cargo: | COORDINADOR DE TRANSPORTE | EPS: | SURA EPS |
| Escolaridad: | TÉCNICO | | |

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|--|--|
| AUDIOMETRIA | CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL NORMAL, ADECUADA PARA EL CARGO; 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES CON RUIDO SEGÚN GUÍAS DE MANEJO DE LA EMPRESA. |
| VISIOMETRIA TAMIZ | SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL |
| EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR | PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SE HAN TENIDO EN CUENTA TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, SE EMITIERON OBSERVACIONES SEGUN LOS HALLAZGOS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ATENCION POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SST. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR EL (LOS) ESPECIALISTA(S) EN CASO DE QUE SE PRESENTEN. SE RECOMIENDA EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN CORRESPONDAN, AL CARGO Y/O LABOR DEL EMPLEADO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, ADOPTAR ADECUADA HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, INDUCCIONES PROPIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DIA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES, INFERIORES, COLUMNA VERTEBRAL) |
| COLESTEROL TOTAL | SE REALIZO, SIN ALTERACION |
| TRIGLICERIDOS | SE REALIZO, SIN ALTERACION |
| GLICEMIA | SE REALIZO, SIN ALTERACION |

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Observaciones: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENCIA O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES CONSERVE POSTURAS ERGONOMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS TENER EN CUENTA AJUSTAR LA ALTURA DE LA SILLA Y DEL MONITOR MANTENIÉNDOLO A MÍNIMO 40 CM DE DISTANCIA Y JUSTO ENFRENTA DE NOSOTROS, EL TECLADO Y EL RATÓN DEBEN ESTAR AL ALCANCE Y CON ESPACIO SUFICIENTE PARA MANIPULACION CÓMODA. APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO O UTILIZAR REPOSAPIÉS, APOYAR TOTALMENTE LA ESPALDA EN EL RESPALDO DE LA SILLA, MINIMIZAR LOS REFLEJOS PARA EVITAR LA FATIGA VISUAL ASISTA A CAPACITACIONES Y/O FORMACIONES DE LA EMPRESA, INFORME EL DESCONOCIMIENTO DE ALGUNA TAREA O PROGRAMA INFORMÁTICO, DEDICAR TIEMPO PARA FAMILIARIZARSE CON LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES Y OJOS, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA.

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|--|--|------------|
| NO | | |
| Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP) | | |
| NUTRICIONAL | CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. | PPyP |
| Información de Remisiones | | |
| NUTRICION | REQUIERE VALORACION POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO POR ALTERACION DEL PESO CORPORAL GRADO I | |