

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 71682244-232804

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 28/08/2023 MEDELLIN
Paciente: NELSON DE JESUS RESTREPO ARENAS
Género MASCULINO **Edad:** 56
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CL 49 25 29
Empresa TRANSRUMBO GROUP SAS -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 71682244
Teléfono 3004816355 **Móvil:**
Cargo: COORDINADOR LOGISTICO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Escolaridad: SECUNDARIA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TAMIZAJE VISUAL

ALTERACION PARA VISION PROXIMA MODERADA SIN CORRECCION QUE NO INTERFERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO USO DE CORRECCION VISION PROLONGADA

EXAMEN MEDICO 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 LABOR EVITAR ACCIONES IMPRUDENTES QUE PONGAN EN RIESGO 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, VALORACION POR NUTRICION EN EPS., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL, CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., CONTROL PERIODICO ENF. CRONICAS EN EPS, REALIZAR HIDRATACION SUFFICIENTE DURANTE JORNADA LABORAL, DISTRIBUIR INGESTA DE CARBOHIDRATOS DURANTE 5 MOMENTO DE JORNADA LABORAL, TENER CARBOHIDRATOS A LA MANO EN CASO DE HIPOGLICEMIA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUSCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES, INFERIORES, COLUMNA VERTEBRAL)

PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR.

Observaciones: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, LA OBESIDAD CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA MANIFESTACION DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES Y OSTEOMUSCULARES EN ZONAS COMO COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLAS SE RECOMIENDA CONTROL EN HABITOS DE VIDA COMO ALIMENTACION Y EJERCICIO. RECOMENDACIONES VISUALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION PARA LABORES DE PRECISION SEGUN EVALUACION VISUAL. RECOMENDACIONES CARDIOVASCULARES POR COOMORBILIDAD ASOCIADA A RIESGO CARDIOVASCULAR QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES, CONTINUAR CONTROL EN EPS.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: ** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE 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 MANTENIENDOLO A MINIMO 40 CM DE DISTANCIA Y JUSTO ENFRENTE DE NOSOTROS; EL TECLADO Y EL RATON DEBEN ESTAR AL ALCANCE Y CON ESPACIO SUFFICIENTE 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 INFORMATICO, 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.** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE 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, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO; LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACION CON LA ROTACION O VARIACION DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FISICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FISICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMIENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria 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)

VISUAL	USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN PRESCRIPCION EN JORNADA LABORAL, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTES, USO DE GAFAS DE PROTECCION OCULAR EN AMBIENTE LABORAL SEGUN SE REQUIERA.	PPyP
NUTRICIONAL	CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP
CARDIOVASCULAR	SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRIA	PRESENTA TRASTORNO REFRACTARIO QUE REQUIERE CORRECCION VISUAL.
------------	--

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:




 DIANA VELASQUEZ SANTAMARIA
 MEDICO ESPECIALISTA SST
 REG 2021060132079

Médico Especialista en Salud Laboral
 DIANA VANESSA VELASQUEZ SANTAMARIA
 -



Firma y cédula del Paciente
 NELSON DE JESUS RESTREPO ARENAS
 71682244