



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
29	7	2024

DEPARTAMENTO: HUILA

CIUDAD: NEIVA

IDENTIFICACION

APELLIDOS: BARRIO BERMUDEZ	NOMBRES: JONATHAN	FECHA DE NACIM			EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
		DIA	MES	AÑO	34 A	M <u> </u> X <u> </u> F <u> </u>	SOLTERO: <u> </u> X <u> </u> VIUDO <u> </u> SEPARADO <u> </u> CASADO <u> </u> U. LIBRE <u> </u>
DIRECCION: MZ S CASA 16		TELEFONO: 3219494703	BARRIO: EL FUTURO		CIUDAD: COLOMBIA		SERVICIO MILITAR SI <u> </u> NO <u> </u> X <u> </u>
CARGO ACTUAL CONTRATISTA	ESCOLARIDAD PRIMARIA <u> </u> XX <u> </u> SECUNDARIA <u> </u> X <u> </u> TECNOLOGIA <u> </u> X <u> </u> UNIVERSITARIA <u> </u>				TITULO OBTENIDO: TECNICO		
IDENTIFICACION No. 1.105.680.844	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 REFIERE

DROGA O TRATAMIENTO: SI NO ¿CUÁL? NO

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

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

ANTECEDENTES TRAUMATICOS Y COMUNES

NATURALEZA DE LA LESION	TIEMPO DE OCURENCIA	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						GRADO DE SATISFACCION					
DIFICULTADES: <u> </u> NO <u> </u>	X					DIFICULTADES: <u> </u> NO <u> </u>	X				
AREA FAMILIAR	E	B	R	D	M	AREA PERSONAL	E	B	R	D	M
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: <u> </u> NO <u> </u>	X					DIFICULTADES: <u> </u> NO <u> </u>	X				
AREA EDUCACION:	E	B	R	D	M	AREA SEXUAL	E	B	R	D	M
GRADO DE SATISF. DIFICULTADES: <u> </u> NO <u> </u>						DIFICULTADES: <u> </u> NO <u> </u>	X				

EXAMEN MEDICO

PESO <u>90</u> KG	TALLA <u>180</u> CM	F.C. <u>72</u> X MIN	F.R. <u>16</u> X MIN
TA(M.S.D) <u>110</u>	TA(M.S.I) <u>70</u>	T° <u>36.5</u> C	DIESTRO: XX <u>ZURDO</u>

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: VISION 20/20. 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.

RECOMENDACIONES

REMITIR <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> X_A: _____	
OTRAS: _____	
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> HIGIENE POSTURAL: <input type="checkbox"/> SI _____	
USO EPP: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> USO DE AYUDAS ERGONOMICAS: <input type="checkbox"/> SI _____	
HABITOS Y ESTILOS DE VIDA: DIETA: SI EJERCICIO REGULAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FUMAR: _____ REDUCIR ALCOHOL: _____	
MANEJO POR EPS/ARP	
CONTROL P Y P EPS: <input type="checkbox"/> NO	
REMISION EPS: _____	
CONTINUAR MANEJO MEDICO: _____ MANTENIMIENTO DE LA SALUD POR LA EPS: SALUD TOTAL EPS	
PARA EL INGRESO: _____ APTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO APTO _____ APLAZADO _____	
MEDICO EXAMINADOR:  DAVID RAMOS MORENO 137/97 NOMBRES Y APELLIDOS FIRMA REGISTRO M.D	TRABAJADOR  1105680844 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