| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|---------------------|----------------|----------|--------------|-----------|-------------------------------|----------|-----|-------------------------------|------------|---------------|-------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA | | | RUC | | | CIIU | | ESTABLECIMIENTO DE SALUC | | D | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA | | NÚMEF ARCH | | |
| MINISTERIO DE SALUD | | | | | | | | SERVICIO MEDICO DE EMPRESA | | | 1721244075 1 | | 172124 | 14075 | |
| PRIMER APELLIDO SE | | | GUNDO APELLIDO | | PR | PRIMER NOMBR | | E SEGUNDO NOMBRI | | BRE | SEXO CARGO / OCUPACI | | ÓN | | |
| MECIAS | | | GARCIA | | MABELL | | ELL | | CRISTINA | | F | SECRETARIA | | | |
| B. DATOS GENERAL | B. DATOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE EMISIÓN: | FECHA DE EMISIÓN: 2023 6 6 aaaa mm dd | | | | | | | | | | | | | | |
| EVALUACIÓN: | · | | | ÓDICO | | | REINTEGRO | RO SALIDA | | | | | | | |
| C. CONCEPTO PARA | APTI | TUD L | ABORAL | | | | | | | | | | | | |
| Después de la valoración médica ocupacional se certifica que la persona en mención, es calificada como: | | | | | | | | | | | | | | | |
| АРТО | X | | APTO EN OBSERVACIÓN | | | | AF | APTO CON LIMITACIONES | | | NO APTO | | | | |
| DETALLE DE OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D. CONDICIONES DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO | | | | | | | | | | | | | | |
| Después de la valoració salud al momento del re | cupacional se certifica las con | | | diciones de SA | | ATISFACTORIO | | NO SATISFACTORIO | | | | | | | |
| OBSERVACIONES RELACIO | NADAS | CON LA | S CONDICION | ES DE SAI | LUD AL M | IOMENT | O DEL RET | ΓIRO: | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| E. RECOMENDACIONES | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUMPLIR CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD | | | | | | | | | | | | | | | |
| EJERCICIO CARDIOVASCULAR MINIMO 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Con este documento certifico que el trabajador se ha sometido a la evaluación médica requerida para (el ingreso /la ejecución/ el reintegro y retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo emitiendo recomendaciones relacionadas con su estado de salud. | | | | | | | | | | | | | | |
| La presente certificación s | a presente certificación se expide con base en la historia ocupacional del usuario (a), la cual tiene carácter de confidencial. | | | | | | | | | | | | | | |
| F. DATOS DEL PROF | F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO DRA. LUZ DARY RUALES TELF. 0995013775 CÓDIGO L:37 F:135 N:404 FIRMA Y SELLO Dra Ruales Luga Luz Dary MEDICO OCUPACIONAL LIBRO 37 Solio 135 N - 404 | | | | | | | | | | | | | | | |