

CERTIFICADO DE SALUD EN EL TRABAJO

Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC	CIU	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MINISTERIO DE SALUD			SERVICIO MEDICO DE EMPRESA	2350233991	2350233991
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	PUESTO DE TRABAJO (CIUO)
GRANJA	ATI	JEFFERSON	PAUL	M	CONDUCTOR

B. DATOS GENERALES

FECHA DE EMISIÓN:	2023	7	25					
	aaaa	mm	dd					
EVALUACIÓN:	INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>	RETIRO	<input type="checkbox"/>

C. APTITUD MÉDICA LABORAL

Después de la valoración médica ocupacional se certifica que la persona en mención, es calificada como:

APTO	<input checked="" type="checkbox"/>	APTO EN OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	APTO CON LIMITACIONES	<input type="checkbox"/>	NO APTO	<input type="checkbox"/>
------	-------------------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------	--------------------------

DETALLE DE OBSERVACIONES:

D. EVALUACIÓN MÉDICA DE RETIRO

El usuario se realizó la evaluación médica de retiro	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Condición del diagnóstico	Presuntiva	<input type="checkbox"/>	Definitiva	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
La condición de salud esta relacionada con el trabajo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>

E. RECOMENDACIONES


MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. PAUSAS LABORALES ACTIVAS. DIETA BAJA EN GRASAS. EJERCICIO FISICO REGULAR

USO DE EPPS

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 se expide con base en la historia ocupacional del usuario (a), la cual tiene carácter de confidencial.

F. DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD

NOMBRE Y APELLIDO	DRA. LUZ DARY RUALES TELF. 0995013775	CÓDIGO	L:37 F:135 N404	FIRMA Y SELLO	
-------------------	---------------------------------------	--------	-----------------	---------------	--

G. FIRMA DEL USUARIO