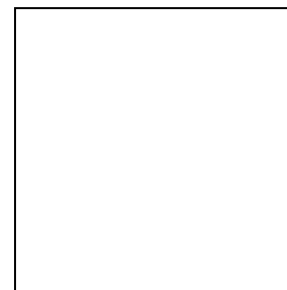




Fecha:    /    /2023



Nro. OPX: 2023-

## CERTIFICADO DE CAPACIDAD FÍSICA Y MENTAL PARA EL PROCESO DE TRABAJO

Quien suscribe, el Especialista Luis Arturo Díaz, hace constar que, para el momento de la evaluación, el/la Sr (a): \_\_\_\_\_, Cedula de identidad V- \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años, Ha cumplido con los programa de Salud Mental Preventivo, además se le ha evaluado acorde al Art 3, ordinal c y d, de la Norma de Ejercicio de la Terapia Ocupacional (GACETA OFICIAL N 35.220), del Art 41, ordinal 2, de la Norma Técnica N°03 de los servicios de seguridad y salud, Art 16 de la Norma Técnica N°04 manejo manual de Cargas, a los fines de obtener el presente certificado de capacidad, para desempeñar el Trabajo de \_\_\_\_\_.

Certificado Validos por un (1) año.



VALIDEZ DEL CERTIFICADO,  
ESCANEE ESTE QR

ESP/TO: LUIS ARTURO DÍAZ  
Consultor Salud Ocupacional y Rehabilitación  
MSDS. 062 - FVTO: 221  
RIF V-8746918-9  
N° INPSASEL. MIR: 078746918

Mgs/TO: *Luis Arturo Díaz*

Mgs en Psicología Laboral- Terapeuta Ocupacional  
Mgs Prevención Riesgos Laborales  
MPPS: 062 FVTO.221 R. Inpsasel Mir078746918



## ATENCIÓN PRIMARIA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

HISTORIA / FICHA DE PACIENTE N° \_\_\_\_\_

FECHA; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| APELLIDOS DEL TRABAJADOR |                               | NOMBRES DEL TRABAJADOR     |       |                             | CÉDULA DE IDENTIDAD                    |                                              |
|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN     |                               | EDAD                       | SEXO  | EDO. CIVIL                  | CARGO                                  |                                              |
|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |
| LOCALIDAD DONDE VIVE     |                               | PESO                       | TALLA | IMC                         | ANTECEDENTE DE SALUD                   |                                              |
|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |
| TELÉFONO CONTACTO        | EMAIL                         | HÁBITOS ALCOHOL            |       | HÁBITOS TABACO              | HÁBITOS CAFÉINA                        | TRASTORNO SUEÑO                              |
|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |
| PROGRAMA VIOLENCIA       | PROGRAMA OBESIDAD             | PROGRAMA ENFERMEDAD MENTAL |       | PROGRAMA ETS                | PROGRAMA ACCIDENTES Y HECHOS VIOLENTOS | PROGRAMA ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN PSICOSOCIAL |
|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |
| DIABETES                 | HIPERTENSIÓN                  | ASMA                       |       | ARTRITIS                    | TRAST. AUDITIVO                        | TRAST. VISUAL                                |
|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |
| ISTA 21                  | ENCUESTA PSICO-SOCIAL-LABORAL | ZUNG                       |       | HABILIDAD PERCEPTIVO MOTORA | HABILIDAD COGNITIVA                    | HABILIDAD SENSORIO PERCEPTUAL                |
|                          |                               |                            |       |                             |                                        |                                              |

COMENTARIO DEL EVALUADOR

FIRMA DEL USUARIO/PACIENTE

FIRMA DEL ESPECIALISTA EVALUADOR



## **LEGISLACIÓN APLICABLE**

### **NORMAS SOBRE EL EJERCICIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL, (GACETA OFICIAL N 35.220, FECHA 27 MAYO DE 1993)**

Artículo 3. Se entiende por ejercicio de la Terapia Ocupacional, **la prevención, tratamiento y rehabilitación de las discapacidades físicas, mentales, laborales y sociales que le permita:**

- 1- Efectuar tratamiento para la recuperación física o mental, ya evaluados por el Terapeuta Ocupacional o en vía de **evaluación para readaptación del paciente a su ambiente familiar social y de trabajo** por medio de actividades terapéuticas y técnicas especializadas.
- 2- Realizar evaluación de
  - a- La función sensor motor
  - b- El grado de independencia personal
  - c- **La capacidad laboral**
  - d.- **La valoración de la funcionalidad, física y mental.**

### **NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, G.O 40.973, del 24 de Agosto de 2016**

#### **Terapeuta Ocupacional**

Artículo 41. Los profesionales en el área de terapia ocupacional tendrán las siguientes funciones:

1. Elaborar la ficha de terapia ocupacional de los trabajadores y trabajadoras.
2. **Evaluar la capacidad funcional motora y cognitiva de los trabajadores y trabajadoras**, frente a los cambios de puestos de trabajo, limitaciones de tarea y reinserción laboral.
3. Participar en el desarrollo de programas preventivos e implementación de normas de higiene postural.
4. Desarrollar planes de rehabilitación y reinserción laboral de los trabajadores y trabajadoras con discapacidad adquirida por accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales y accidente o enfermedades de origen común.
5. Velar por el sostenimiento del sistema de vigilancia epidemiológica.
6. **Las demás inherentes o derivadas a su profesión.**

### **NORMA TÉCNICA PARA EL CONTROL EN LA MANIPULACIÓN, MANUAL DE CARGA, G.O 40.973, del 24 de Agosto de 2016**

#### **Evaluación de las capacidades**

**Artículo 16.** El Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, **debe realizar evaluaciones individuales de las capacidades físicas y mentales** a los trabajadores y trabajadoras que manipulen, levanten y trasladen cargas, tomando en consideración las características de los objeto, sujeto o animal que requieran ser movilizados.

Para ello **se utilizarán metodologías científicas que evalúen compromisos fisiológicos, biomecánicas y psicosociales, a los fines de garantizar la prevención y detección precoz de posibles alteraciones musculo-esqueléticas**, de acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica que debe llevar todo centro de trabajo.