

## EJEMPLOS DE RECONOCIMIENTO MÉDICO

EXCEPCIONES: Consulta aquí las excepciones y los diferentes criterios según las constructoras:  
[PINCHA AQUÍ](#)

CERTIFICADO APTITUD MÉDICA PENDIENTE DE RECIBIR INFORMES SOLICITADOS (NO VÁLIDO)

5<sup>a</sup> Hoja del informe de reconocimiento practicado el día 09/02/2018 a:  
 XXXXXXXXXXXX  
 Dni: 12345678A

**Informe para la Empresa**

Nombre: XXXXXXXXXXXX  
 Apellidos: XXXXXXXXXXXX  
 D.N.I.: 12345678A

Empresa: XXXXXX XXXXXXXX S.L. Cód. Empresa: 0000  
 Cif: A12345678

Fecha Reconocimiento: 09/02/2018

Protocolos Aplicados: MANIPULACION MANUAL DE CARGAS - POSTURAS FORZADAS-OSTEOMUSCULAR - MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR

Como resultado del Reconocimiento Médico Periódico Ordinario llevado a cabo a la persona de referencia, se le considera **APTO CON RESTRICCIONES LABORALES** para el puesto de trabajo de **OFICIAL 1º ELECTRICISTA**.

Evitar tareas en alturas y utilizar maquinaria de corte, hasta recibir informe solicitado al trabajador.

PALMA DE MALLORCA, 15/02/2018

Firma la Aptitud:  
 Dr. XXXXXXXXXXXXXXXX  
 Coleg. Nº: 000/1234

Firma el Reconocimiento:  
 Dr. XXXXXXXXXXXXXXXX  
 Coleg. Nº: 000/1234

1. Identifica al trabajador
2. Identificación de la empresa.
3. Identificación quien ha emitido el certificado (servicio de prevención o médico especialista medicina en el trabajo)
4. Puesto de trabajo
5. Protocolos médicos
6. Fecha realización reconocimiento médico.
7. Aptitud del certificado.  
 La aptitud **no es válida** ya que el certificado médico indica que el servicio de prevención está pendiente de recibir un informe solicitado trabajador. Por ello necesitaremos que aporten el apto una vez el servicio de prevención haya visto el informe que solicita.
8. Identificación del colegiado médico (nombre, apellidos y número de colegiado) y su firma.

CERTIFICADO APTITUD MÉDICA CON CONDICIONANTES (VÁLIDO)



**principado prevención, s.l.l.**  
DEPARTAMENTO DE SALUD LABORAL  
 Tlf: 911111111 Fax: 911111111 | info@princps.com

Oficinas: C/ Eleuterio Quintanilla 20, bajo  
 33208 Gijón (Asturias)

Centro asistencial: C/ Acabal y Rato 6, bajo  
 33205 Gijón (Asturias)

Martes 10 De Octubre De 2017

El departamento de Salud de Laboral de Principado Prevención S.L.L., entidad acreditada como servicio ajeno de prevención de riesgos laborales, en función a las pruebas médicas realizadas, emite el presente certificado declarando al trabajador:

XXXXXX XXXXXXXX  
 XXXXXX  
 12345678A

**APTO CON CONDICIONANTES**

Para el puesto de trabajo de:

**CARPINTERÍA METÁLICA**

Que realiza en la empresa:

XXXXXX XXXXXX S.L

Para el trabajo con:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS, MANEJO MANUAL DE HERRAMIENTAS, MANIPULACION MANUAL DE CARGAS, MOVIMIENTOS REPETIDOS, POSTURAS FORZADAS, Y RUIDO.

Protocolos médicos aplicados y pruebas específicas:

DERMATOSIS LABORALES  
 MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS  
 MOVIMIENTOS REPETITIVOS  
 POSTURAS FORZADAS  
 RUIDO  
 TRABAJOS EN ALTURA



Condicionantes:  
 NO DEBERÁ EXPONERSE SIN PROTECCIÓN AUDITIVA HOMOLOGADA A AMBIENTES RUIDOSOS EN EL QUE SE SUPERA UN NIVEL DIARIO EQUIVALENTE DE 90 DB O NIVELES PEQO DE 135 DB

Médico del Trabajo  
**Doctor D. XXXXXX XXXXXX**  
Colegiado nº 112233331

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD TIENE UNA VALIDEZ DE UN AÑO DESDE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

1. Identifica al trabajador
2. Identificación de la empresa.
3. Identificación quien ha emitido el certificado (servicio de prevención o médico especialista medicina en el trabajo)
4. Puesto de trabajo
5. Protocolos médicos
6. Fecha emisión certificado ( en el caso de no aparecen fecha realización reconocimiento médico)
7. Aptitud del certificado.  
 La aptitud es válida PERO CONDICIONADA según indicar el certificado. Por todo ello el estado de este apartado se forzará a naranja y en observaciones se indicarán los condicionantes.

8. Identificación del colegiado médico (nombre,

CERTIFICADO APTITUD EN OBSERVACIÓN VALIDEZ MENSUAL (VÁLIDO)



D. / Dña. XXXXXXXXXXXX Médico con nº de colegiado 00/123 y Especialista en Medicina del Trabajo de XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX XXXX S.L. con CIF 123456788

**CERTIFICA:**

Que el trabajador XXXXXXXXXXXXXXX y DN 12345678A perteneciente a la empresa XXXXXXXX S.L. con CIF 12345678B ha sido sometido el día 15 de enero de 2018 a reconocimiento médico inicial, siendo APTO EN OBSERVACION para su puesto de trabajo habitual de ALBANIL

Aplicándose los protocolos específicos:

Manipulación manual de cargas	Apto
Movimientos repetitivos	Apto
Posturas forzadas	Apto
Trabajos en alturas	Apto En Observacion
Ruidos	Apto

Apto definitivo pendiente de aportar informe por su médico

Se establece que la validez del resultado de su examen de salud es MENSUAL

En XXXXXXXX a 15 de enero de 2018  
XXXXXXXXXXXXXXXXX

Colegiado nº: 00/1234  
Especialista en Medicina del Trabajo  
Firma



MEDIOS DE PREVENCIÓN EXTERNOS  
SUR, S.L.  
XXXXXXXXX

Se recuerda que en caso de cambio de tareas, puesto de trabajo o tras ausencia prolongada debe pasar un nuevo examen de salud.

1. Identifica al trabajador
2. Identificación de la empresa.
3. Identificación quien ha emitido el certificado (servicio de prevención o médico especialista medicina en el trabajo)
4. Puesto de trabajo
5. Protocolos médicos
6. Fecha realización reconocimiento médico
7. Aptitud del certificado.  
La aptitud es válida PERO DURANTE UN MES DESDE LA FECHA DE REALIZACION R.M. según indica el certificado. Por todo ello este certificado médico será correcto durante el periodo marcado en él.
8. Identificación del colegiado médico (nombre, apellidos y número de colegiado) y su firma.

CERTIFICADO MÉDICO PARA BUZOS: CERTIFICADO MÉDICO SERVICIO DE PREVENCIÓN + CERTIFICADO MÉDICO POR MÉDICO ESPECIALIZADO MEDICINA HIPERBÁRICA

**"CERTIFICADO DE APTITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO DE EMPRESAS"**

Muy Sres. Nuestros:

El departamento de VIGILANCIA DE LA SALUD de "ARXIDUX PREVENCIÓN, S.L." con el nº de acreditación por la autoridad laboral nº 06/1000, CERTIFICA:

Que la empresa: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** ha pasado el RECONOCIMIENTO MÉDICO PERIÓDICO ORDINARIO, en fecha 02 de febrero de 2016, habiendo obtenido el trabajador que abajo se cita, la siguiente VALORACIÓN de la aptitud Médico-Laboral:

Trabajador	Puesto	Valoración
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	BUZO	Apto

Observaciones:

Protocolos aplicados:  
Neuropatías por presión. Posturas Forzadas. Movimientos repetidos.

De acuerdo a la protocolización establecida, deberá procederse a un nuevo reconocimiento el 02/2016

De esta manera damos cumplimiento a las obligaciones de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su Art. 22 titulado "Vigilancia de la Salud".

**APTO SIN RESTRICCIONES.** El trabajador podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física ni laboral, siempre y cuando el trabajo se ajuste a la normativa legal en cuanto a Seguridad y Salud en el trabajo y haya recibido la información adecuada sobre los riesgos y los daños derivados del trabajo.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, expedimos el siguiente certificado en Palma de Mallorca a 12 de febrero de 2016.

Fdo.: XXXXXXXXXXXXXXX  
Especialista en Medicina del Trabajo  
Cof. Nº1145  
ARXIDUX PREVENCIÓN S.L.  
C.I.F. XXXXXXXXXXXXXXX



Formulario de datos personales del trabajador:

Nº: [ ] Fecha de expedición: 02/02/2016

Nombre: [ ] Apellido: [ ]

Nº de Pasaporte / Tarjeta de identidad: [ ]

Fecha de nacimiento (d/m/a): [ ]

Dirección: [ ] Código postal: 59200

Teléfono 1: [ ] Teléfono 2: [ ]

País: [ ]

Profesión: [ ]

Estado: [ ]

Firma del titular: [ ]

Reconocimiento (M. Examen) Físico [ ] Psicológico [ ]

Médico (Físico)

Nombre y apellidos: XXXXX XXXXX XXXXX

Colegio de Médicos de: Cantabria

Colegiado nº: 0000

Nº de inscripción en el Censo de facultativos especialistas en medicina reumatológica e hiperbárica de Cantabria: 000

Fecha del Reconocimiento: 02/02/2016

Resultados del reconocimiento físico:  
Apto [ ] No apto [ ]

Resultados del reconocimiento psicológico:  
Apto [ ] No apto [ ]

Observaciones / Restricciones: [ ]

Certificado de Médico Especialista en Medicina del Trabajo

Reconocimiento (M. Examen) Físico [ ] Psicológico [ ]

Médico (Físico)

Nombre y apellidos: XXXXX XXXXX XXXXX

Colegio de Médicos de: Cantabria

Colegiado nº: 0000

Nº de inscripción en el Censo de facultativos especialistas en medicina reumatológica e hiperbárica de Cantabria: 000

Fecha del Reconocimiento: 02/02/2016

Resultados del reconocimiento físico:  
Apto [ ] No apto [ ]

Resultados del reconocimiento psicológico:  
Apto [ ] No apto [ ]

Observaciones / Restricciones: [ ]

Certificado de Médico Especialista en Medicina del Trabajo

CERTIFICADO DE APTITUD EMITIDO POR UN SERVICIO PREVENCIÓN PORTUGUÉS

**FICHA DE APTIDÃO**  
(Portaria n.º 299/2007, de 16 de Março)

**Empresa/Entidade** 2

Designação social: XXXXXX XXXXXX XXX S.A

Estabelecimento: XXXXXX XXXXXX XXXXXX  
4905-024 BARCELOS

Serviço de Saúde: Tipo Externo

Designação: SMAD - SERVIÇOS DE MÉDICOS, LDA 3

Serviço de Higiene e Segurança: Tipo

**Trabalhador** 1

Nome: XXXXXX XXXXXX XXXXXX

Sexo: Masculino Data de Nascimento: 14/05/1956 Nacionalidade: Portuguesa

Número Mecanográfico/Outro: 4

Categoria Profissional: Armador Ferro 2º

Local Trabalho: Vários

Função Proposta: Ferrageiro Data de Admissão na Função: 27/11/2017

**Observações**

**Exame Médico** 6

Data do Exame: 22/11/2017

Tipo de Exame: Admissao

Resultado: Apto 7

Nr. Dias:

**Outras Recomendações**

Médico do Trabalho: XXXXXX XXXXXX XXXXXX CP: 29998

Assinatura: [ ] (Assinatura Digital)

Tomei conhecimento, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
O responsável de recursos Humanos

1. Identifica al trabajador
2. Identificación de la empresa.
3. Identificación quien ha emitido el certificado (servicio de prevención o médico especialista medicina en el trabajo)
4. Puesto de trabajo (En un certificado médico de una entidad Portuguesa o extranjera da igual el puesto de trabajo que indique)
5. Protocolos médicos (En un certificado médico de una entidad Portuguesa o extranjero NO ES VINCULANTE que INDIQUE los PROTOCOLOS MÉDICOS)
6. Fecha realización examen médico.
7. Aptitud del certificado.
8. Identificación del colegiado médico (nombre, apellidos y número de colegiado) y su firma.

CERTIFICADO MÉDICO PILOTOS DE VUELO

I. Autoridad de licencias/licensing authority  
**ESPAÑA / SPAIN**

III. Certificado nº / Certificate number:  
**E-00000000**

IV. Apellidos y nombre del titular/  
Last and first name of holder:  
**XXXXXXXXXX**

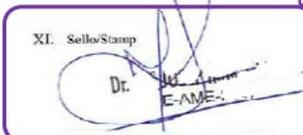
XIV. Fecha de nacimiento/Date of birth:  
**29/08/1972**

VI. Nacionalidad/Nationality:  
**Española  
Spanish**

VII. Firma del titular/Signature of holder:  


XIII. Limitaciones/limitations

X. Fecha de emisión/Date of issue:  
**08/02/2017**  
Firma del MEA/Signature of issuing AME:

XI. Sello/Stamp:  


IX. Fecha de vencimiento de este certificado / Expiry date of this Certificate

Clase 1: operaciones comerciales con un solo piloto transportando pasajeros/ Class1: single pilot commercial operations carrying passengers :	23/08/2017
Clase 1/Class1	23/02/2018
Clase 2/Class2	23/02/2019
LAPL	23/02/2019

Fecha de pruebas/Examination date:

Reconocimiento médico/ Medical examination	01/02/2017
Último ECG / Last ECG	01/02/2017
Último audiograma / Last audiogram	17/02/2016

**REINO DE ESPAÑA  
KINGDOM OF SPAIN**

**AESA**  
AGENCIA ESTATAL DE SEGURIDAD AÉREA

EUROPEAN UNION

Cl. ASF 1, 2, I API  
CLASS 1, 2, LAPL

**CERTIFICADO MÉDICO**  
correspondiente a una licencia de la Parte FCL  
**MEDICAL CERTIFICATE**  
Pertaining to a Part-FCL-Licence

Emitido de acuerdo con PARTE MED  
Issued in accordance with Part MED

Este certificado Médico cumple con las normas de OACI  
This medical certificate complies with ICAO standards

0000000

RCM-FNMT

1. Identifica al trabajador
2. Identificación quien ha emitido el certificado (AGENCIA ESTATAL DE SEGURIDAD AÉREA)
3. Identifica si existe alguna limitación)
4. Fecha de emisión
5. Fecha de vencimiento más restrictiva entre los tipos de vuelo que podrá realizar.
6. Identificación del colegiado médico y su firma.

RECONOCIMIENTOS MÉDICOS NO VÁLIDOS



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX

COCHERA

En EIVISSA, a 08 de febrero de 2018

Al trabajador/a Sr./Sra. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX , con NIF nº XXXXXX , para la actividad laboral de Ayudante de conductor / Desobstrucción (Chuponas)-Conductor, se le ha practicado el día 08/02/2018 un examen de salud específico a los riesgos en su trabajo, en virtud de la aplicación del Artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Atendiendo a los resultados de las pruebas médicas y complementarias efectuadas es considerado **APTO** para su puesto de trabajo habitual.

Deberá procederse a una nueva valoración del estado de la salud del trabajador dentro de 12 meses.

Si el trabajador es asignado a tareas específicas con nuevos riesgos para su salud, a un cambio de puesto de trabajo, tras ausencia prolongada por motivos de salud, o si se modifican sus condiciones fisiológicas, se debe solicitar una revisión de la evaluación de su aptitud laboral.

**Tipo de Reconocimiento:** Periódico  
**Protocolos Aplicados:** Examen básico, Movimientos repetitivos EESS, Movimientos repetitivos EEII, Postura sentado, Neuropatías EESS, Neuropatías EEII, Ruido, Conducción, Asma laboral, Posturas forzadas (otras), Agentes biológicos.

Atentamente, reciban un cordial saludo,

EXISTEN 2 MÉDICOS: vemos que el primero es licenciado en Medicina y cirugía. El segundo es Especialista en Medicina del trabajo

Firmado por:  
Dra. DENYS GRACIELA MURATORE CORDOBA - 070707704  
Licenciado en Medicina y Cirugía  
Licenciado en Medicina y Cirugía  
Dr. EDUARDO TEJEDO BENEDICTO - 075013167  
Jefe médico de centro  
Médico especialista Medicina del Trabajo

FIRMA: DEL MÉDICO LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA => NO VÁLIDO

PREVIS, S.L.U  
Medicina del Trabajo  
Firmado por: PREVIS GESTION DE RIESGOS, S.L.U.  
Fecha:08/02/2018 14:32:02

Firmado por: DENYS GRACIELA MURATORE CORDOBA  
MEDICO  
Fecha:08/02/2018 14:36:57

Dirección de verificación de firma: <https://docu.previs.es/Verifica/firma?t=2&i=qABfMmmyLrT19ycJOLKopDxSdJFo6umU>

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX

COCHERA

En EIVISSA, a 15 de mayo de 2017

Al trabajador/a Sr./Sra. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, con NIF nº **XXXXXX**, para la actividad laboral de Ayudante de conductor / Desobstrucción (Chuponas)-Conductor, se le ha practicado el día 15/05/2017 un examen de salud específico a los riesgos en su trabajo, en virtud de la aplicación del Artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Atendiendo a los resultados de las pruebas médicas y complementarias efectuadas es considerado **APTO** para su puesto de trabajo habitual.

Deberá procederse a una nueva valoración del estado de la salud del trabajador dentro de 12 meses.

Si el trabajador es asignado a tareas específicas con nuevos riesgos para su salud, a un cambio de puesto de trabajo, tras ausencia prolongada por motivos de salud, o si se modifican sus condiciones fisiológicas, se debe solicitar una revisión de la evaluación de su aptitud laboral.

**Tipo de Reconocimiento:** Periódico  
**Protocolos Aplicados:** Examen básico, Movimientos repetitivos EESS, Movimientos repetitivos EEII, Postura sentado, Neuropatías EESS, Neuropatías EEII, Ruido, Conducción, Asma laboral, Posturas forzadas (otras).

Atentamente, reciban un cordial saludo,

Firmado por:  
Dra. DENYS GRACIELA MURATORE CORDOBA - 070707704

Licenciado en Medicina y Cirugía  
Licenciado en Medicina y Cirugía

Dr. EDUARDO TEJEDO BENEDICTO - 075013167  
Jefe médico de centro

Médico especialista Medicina del Trabajo

PREVIS, S.L.U  
Medicina del Trabajo

EXISTEN 2 MÉDICOS: vemos que el primero es licenciado en Medicina y cirugía. El segundo es Especialista en Medicina del trabajo

**FIRMA: DEL MÉDICO LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA => NO VÁLIDO**

**CERTIFICADO MÉDICO NO VALIDO**



Número de informe 1292215

**Informe para la Empresa**

**Nombre:** XXXXXXXXX  
**Apellidos:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**D.N.I.:** XXXXXXXX

**Empresa:** XXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXX

**Cód.Empresa:** XXXXX  
**Cif:** XXXXXXXX

**Fecha Reconocimiento:** XXXXXXXX  
**Fecha próximo reconocimiento:** XXXXXXXX  
El próximo reconocimiento será dentro de 1 año

**Protocolos Aplicados:** RUIDO - VIBRACIONES - EXPOSICIÓN A POLVO - MOVIMIENTOS REPETITIVOS MIEMBRO SUPERIOR - MANIPULACION MANUAL DE CARGAS - POSTURAS FORZADAS - ALTURAS

Como resultado del Reconocimiento Médico Periódico Ordinario llevado a cabo a la persona de referencia, de acuerdo al art. 22 de la ley 31/1995 LPRL, se le considera: **APTO** para el puesto de trabajo de **OPERARIO**.

BARCELONA, 23/05/2018

**Médico Especialista en  
Medicina del Trabajo:**

DR. PAUL WILLY FALCON ZELADA

Coleg. N°: 08/40881

**Médico Reconocedor:**  
DR. PEDRO FRANCISCO DE LEON  
MANRIQUE

Coleg. N°: 08/43460

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN S.L.  
VIGILANCIA DE LA SALUD

*de León*

FIRMA DEL MEDICO QUE  
NO INDICA QUE ESTÁ  
ESPECIALIDA EN MEDICINA  
DEL TRABAJO