SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **19/03/2019 09:57:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO**

Cargo **DOCENTE** Doc. Identidad **CC 53070452**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 OSTEOMUSCULAR	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) **ARL** SI ( ) NO (X) **EPS** SI ( ) NO (X)

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: CATHERINE ASTRID MORENO
CC 53070452
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Scanned by CamScanner

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

Doc. Identidad: **53070452** Nombre: **CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO** Fecha Nacimiento: **18/10/1985**
Entidad: **PARTICULAR** Edad: **33** Ocupación: **164**
Fondo de Pensiòn: EPS: **SANITAS** ARL:

Empresa	Cargo	Antigüedad del cargo	Antigüedad en la empresa
PARTICULAR	164 DOCENTE	10 AÑOS	10 AÑOS

HISTORIA OCUPACIONAL

CARGO	MANIPULACIÓN DE CARGAS				POSTURA HABITUAL				MOV. Repetitivos	
	< 12kG	12 - 25	26 - 50	> 50kg	Sentado	De pie	Caminando	Otro	SI	NO
DOCENTE	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒		☒	☐

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
TAEKWONDO	TAEKWONDO	DIARIA	2 HORAS

REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Cervicalgia	☐	☒	Artralgia	☐	☒	Tendinitis	☐	☒
Dorsalgia	☐	☒	Parestesias	☐	☒	Limitación Funcional	☐	☒
Lumbalgia	☐	☒	Edema	☐	☒	Inflamación	☐	☒

OBSERVACIONES:

NINGUNA

EXAMEN FÍSICO

BIOTIPO: Ectomórfico ☐ Endomórfico ☐ Mesomórfico ☒

Talla **165** Peso **69** Imc **25.34** Interpretación **Sobrepeso**

COLUMNA VERTEBRAL

VISTA LATERAL:	Normal	☒	Cifótica	☐	Lordótica	☐	Aplanada	☐	Cifolordótica	☐	
VISTA PA:	Alineada	☒	Escoliosis Dorsal	☐	Escoliosis Lumbar	☐	Doble escoliosis	☐			

EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL

Palpación(Dolor o espasmo)	NO
Marcha Punta	NORMAL
Marcha Latón	NORMAL
Flexión Lateral	NORMAL
Rotación	Normal

EXAMEN DE ARTICULACIONES (Edema, Limitación, Inflamación, Dolor)

Dedos manos	Normal
Muñecas	Normal
Codos	Normal
Hombros	Normal
Caderas	Normal
Rodillas	Normal
Tobillos	Normal
Dedos pies	Normal

Scanned by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072408-3183832985 3115117029 NIT 900157744-0

AUDIOMETRÍA

Tipo certificación: Control ○ Ingreso ⊗ Retiro ○ Post incapacidad ○
Reubicación ○ Trabajo en alturas ○ Caso ocupacional ○ Ingreso al SVE ○

Nombre: **CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO** Doc. Identidad **53070452**

Teléfono: F. de nacimiento **18/10/1985** Edad **33 años** Ocupación **164**

Empresa **PARTICULAR** Cargo Actual **DOCENTE**

Antigüedad **15 AÑOS** Fecha **14/03/2019** Reposo Auditivo **NO** Tiempo:

Fondo de Pensión: EPS **SANITAS** ARL:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

○ SI Tiempo:
⊗ NO EPP:

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Empresa: IDRD		Cargo	Años	EPP
	○ SI	164		
	⊗ NO	DOCENTE	15	NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ○ Otitis ○ Acúfeno ○ Vértigo ○ Trauma ○ Perforación Timpánica ○ Otalgia ○ Otorrea ○ Hipoacusia

○ Prurito ○ Cirugía ○ Detonación - Explosión ○ Ototóxicos ○ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

○ Ninguno ○ Polígono ○ Servicio Militar ○ Buceo ⊗ Moto ○ Instrumento Musical ○ Discoteca y/o bares

○ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ○ Afección Renal ○ Parotiditis ○ TBC ○ Diabetes

○ Hipotiroidismo ○ Meningitis ○ Paludismo ○ Reumatismo ○ HTA

○ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno ○ Congénito

○ Adquirido

Parentesco: _____

OTOSCOPIA

⊗ Normal ○ Anormal

OD CAE: NORMAL
MT: NORMAL

OI CAE: NORMAL
MT: NORMAL

CONCEPTO AUDIOMETRÍA

⊗ Apto ○ No apto ○ Aplazado

Observaciones: SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRS 500 A 8000HZ BILATERALMENTE

CONTROL ANUAL Y USO DE EPP EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO, USO DE AUDIFONOS MAXIMO UNA HORA AL DIA

MONICA OCAMPO
Especialidad: FONOAUDIOLAGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 101842699 RM: FONOAUDIOLOGA C.U.I. 15-03293

Scanned by CamScanner

SANTA ELENA SAS

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **14/03/2019**

Doc. Identidad **CC 53070452** Nombre **CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO** Fecha Nacimiento. **18/10/1985**

Edad **33 años** Ocupación **DOCENTE**

Entidad **PARTICULAR**

H.C No

Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa PARTICULAR Cargo DOCENTE Antiguedad del cargo

Fondo de Pensión EPS SANITAS ARL

ANAMNESIS

Ultimo Examen Visual **12 MESES** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares **SOLO GAFAS HACE 12 MESES**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	0.5 M			
OI	20/20	0.5 M			
AO					

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Ptengio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros: **SANO**		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **CENTRADO**

Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC:**NORMAL**

TEST OCULARES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

IMPRESION DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )

Otros:

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría ( )

Otras: DEBE USAR LENTES PERMANENTES Y EXAMEN PERIODICO POR OPTOMETRIA OCUPACIONAL ANUAL

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

H521 MIOPIA CORREGIDA L PERMANENTES

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

OBSERVACIONES

DEBE USAR LENTES PERMANENTES Y EXAMEN PERIODICO POR OPTOMETRIA OCUPACIONAL ANUAL

JOHN JAIRO BAQUERO CASTRO
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL
CC: 80054593 RM: 3195 LOC11096

Dr. John Jairo Baquero C. OD
OPTOMETRA - U.L.S. - REG. 3195 - C.T.C.
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
U.C.M.C. LO. 11096 S.S.B.

Scanned by CamScanner