EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Codigo de prestador de servicios de la salud No 110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogota según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Nombres y Apellidos	Identificación	DIA/MES/AÑO
Hilton Martinez D.	80.041.560	28/12/16

Sexo M / F	Edad AÑOS	Empresa	Ep	ARP
M	32.	Hospital El Tunal.	S. Total	Sura

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Hilton Martinez identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actuo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual. **(Aplica Resolución 1995 H.C. UMED Ltda.)**

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION	TIEMPO EN ESTE OFICIO	EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO
Aux. Mantenimiento.	2 años	CERCANA (20/) LEJANA (20/) OTRAS

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS SI___ NO___
POR QUE?

UTILIZA ALGUNA PROTECCION SI X NO___ ¿Cual? Todos los EPP

OFICIOS ANTERIORES 1	TIEMPO	2	TIEMPO

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRIA ANTERIORMENTE SI X NO___ FECHA DE EXAMEN 1 año.

TIENE LENTES FORMULADOS SI___ NO X HACE CUANTO

FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES USA SUS LENTES ACTUALMENTE SI___ NO___

TIPO DE LENTES ANTEOJOS BIFOCALES DE CONTACTO

FORMA DE USO: PERMANENTES _____ OCASIONALES _____ PARA VER DE CERCA _____ PARA VER DE LEJOS _____ OTROS _____

CIRUGÍA OCULAR ACTUAL: _____ CUAL? FECHA

SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL SI___ NO X CUAL? Normal.

EXAMEN EXTERNO		ESTADO MOTOR	
	OD OC		X NORMAL
	OI OC.		ANORMAIL

EVALUACIÓN DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
LEJOS OD	20/20	
OI	20/20	
AO	20/20	
CERCA OD	20/20	
OI	20/20	
AO	20/20	

OFTALMOSCOPIA DIRECTA OD I X IDX Normal

CONDUCTA USO RX OPTICA SI ☐ NO X OBSERVACIONES

CROMATICA NORMAL X ANORMAL OBSERVACIONES

TEST ESTEREOPSIS: Normal

INTERPRETACION Normal

Observaciones

RECOMENDACIONES LABORALES

DEPARTAMENTO DE OPTOMETRIA					
1	Control Anual	SI X	NO	1.	Usar elementos de protección visual adecuada SI X NO
2	Remisión para EPS Oftalmología ☐	SI	NO X	2.	Ingresar al programa de vigilancia epidemiológica SI NO X
	Optometria ☐				

Hilton Martinez D.
C.C. 80041560

Ingrid Angelica Ramirez Ramirez
Optometra - Universidad Nacional
Esp. Salud Ocupacional
Res. 5624 de 20/01/2010
OPTOMETRA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Utilice elementos de protección personal
Control visual periódico cada 6 meses

Carrera 21 No. 26-00/06 S
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 99
Fax: 239 008
umedltda@gmail.co
www.umedips.co

INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL	INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S.	CODIGO: FR-009
	CERTIFICADO DE APTITUD EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	VERSIÓN: 03
		FECHA EMISIÓN: 30/11/2011

TIPO DE EXÁMEN: ADMISIÓN X PERIÓDICO ___ REUBICACIÓN ___ RETIRO ___ REINGRESO ___

OTRO: _____

FECHA: 23 Julio - 2015

EMPRESA: Hospital de Usme

NOMBRE: Milton Martinez Diaz IDENTIFICACIÓN: 80041560.

EDAD: 32 años CARGO / OCUPACION: Aux. Mantenimiento.

APTO	X	APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES QUE NO INTERVIENEN EN EL TRABAJO	
APLAZADO		APTO PARA DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS	
APTO PARA LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES QUE INTERVIENEN EN EL TRABAJO	

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y EXÁMENES PARACLÍNICOS

VISIOMETRÍA: AUDIOMETRÍA: ESPIROMETRÍA:

OPTOMETRÍA: LABORATORIOS: OTROS:

RECOMENDACIONES:

MÉDICAS		OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
Remisión EPS		Higiene postural	X	Dejar de fumar	
Seguimiento a caso por la ARL		Pausas activas		Control de peso	
Continuar manejo médico		Uso EPP	X	Suspender / reducir el consumo de bebidas alcohólicas	
Control cifras tensión arterial		Manejo adecuado de cargas			
Otra:		SVE Osteomuscular		Practicar deporte	
		SVE Auditivo		Hábitos alimenticios saludables	
		SVE Ergonómico		Otra:	
		SVE Cardiovascular			
		SVE Visual			

RECOMENDACIONES GENERALES:

LUIS ARMANDO PRIETO Q.
MÉDICO SP SALUD OCUPACIONAL
Res. 1286-08 C.C. 2.994.542

FIRMA
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Milton Martinez Diaz
FIRMA DEL TRABAJADOR

HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
23 JUL 2015
NOMBRE:
HORA 12:50
FIRMA
ASESORA JURÍDICA - CONTRATACIÓN

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL [X] CLINICA [ ]

INGRESO [ ] PERIODICO [X] EGRESO [ ] ALTURAS [X]

NOMBRES Y APELLIDOS Milton Martinez Diaz FECHA 28 12 16

IDENTIFICACION No. 80041560 EDAD 32 AÑOS SEXO F [ ] M [X] PAIS DE ORIGEN _____ CIUDAD Btq

EMPRESA Hospital El Tunal CARGO (Actividades) Aux. Mantenimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE AUDIOMETRIA

Yo, Milton Martinez Diaz identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración audiológica que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración audiológica si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud auditiva. **(Aplica Resolución 1995 H.C. UMED Ltda.)**

HA TRABAJADO EN AMBIENTES RUIDOSOS SI [X] NO [ ] TIEMPO DE EXPOSICIÓN RUIDO 4H

UTILIZA PROTECTORES AUDITIVOS SI [X] NO [ ] COPA [X] DESECHABLES [ ] ANATOMICOS [ ]

ANTECEDENTES AUDITIVOS	SI	NO
OTALGIA		X
OTITIS		X
OTORREA		X
TRAUMAS		X
CIRUGIAS		X
ACUFENOS		X
TRANSTORNOS DE EQUILIBRIO		X
HIPERTENSION ARTERIAL		X
SINUSITIS		X
DIABETES		X
OTROS		X

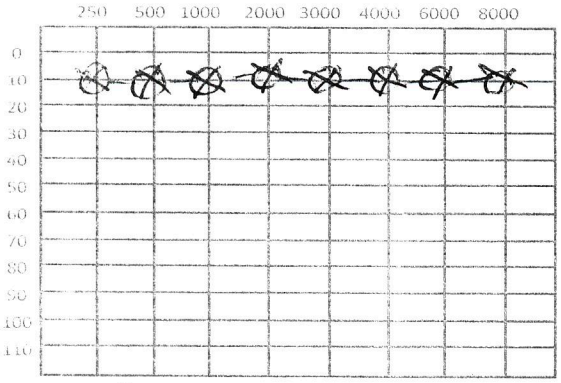
HABITOS	SI	NO
UTILIZA MOTOCICLETA	X	
PRACTICA POLIGONO		X
PRACTICA TEJO		X
USA Mp3		X
MUSICA ALTO VOLUMEN		X
DISCOTECAS O BARES		X
INSTRUMENTOS MUSICALES		X
OTROS		X
SERVICIO MILITAR O COMBATE		X

OTOSCOPIA

	NORMAL		OBSERVACIONES
OIDO	SI	NO	
OD	V		
OI	V		

REQUIERE EXTRACCIÓN DE CERUMEN? SI [ ] NO [X]

AUDIOGRAMA



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Audición normal bilateral.

OBSERVACIONES: _____

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

1.	CONTROL AUDIOLÓGICO	Anual	SI	NO	1.	Uso doble de protección auditiva	SI	NO
		Semestral	SI	NO	2.	No utilizar audífonos (mp3)	SI	NO
		Trimestral	SI	NO	3.	Reposo auditivo después de la jornada laboral	SI	NO
2.	Remision a la EPS [ ] IPS [ ] Para valoración por				4.	Ingresar al programa de vigilancia epidemiológica	SI	NO
					5.	Participación activa en el COPASO de la empresa	SI	NO
					6.	Remitido a medicina laboral	SI	NO

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESÚS
Caterin Lorena Garzón
Fonoaudióloga
UMED LTDA. IPS Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia No. 12118 - 14/11/12

No. REGISTRO

FIRMA DEL FONOAUDIOLOGO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

80041560

FIRMA DEL PACIENTE No. C.C.

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com