DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Sub Red Sur				
Dir		Nit		
Fecha: 03/12/2021	Cargo: Auxilia de enfermeria			
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico	Retiro	Trabajo en alturas NO

TRABAJADOR

Apellidos: Parrado Martinez	Nombres: Luz Myriam		
ID: 52.103.151	Tel: 3193383820	Sexo F	Edad 47
Profesión		Diestro SI	Zurdo

Con los siguientes exámenes

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRÍA SI	AUDIOMETRÍA
OSTEOMUSCULAR SI	ELECTROCARDIOGRAMA	ESPIROMETRÍA
GLICEMIA	COLESTEROL	TRIGLICÉRIDOS
Otros		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones	Puede continuar su labor
Apto con restricciones que no limitan su labor SI	Puede continuar con reubicación laboral
Apto para el cargo	Examen de retiro satisfactorio
Aplazado por restricciones	Examen de retiro con patologia
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto

Restricciones médicas ocupacionales

Usar anteojos permanentes.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por:
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal.
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional.
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias
Otras	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial

Dr. Gustavo Contreras
Médico Licencia en Salud Ocupacional

Luz Myriam Parrado M
52.103.151 Bta.

C.C.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud TRABAJADOR EXAMINADO

Indice derecho

v 1- 2.021

Scanned with DocScan

ANEXO OSTEOMUSCULAR	Día 03	Mes 12	Año 2021	Ciudad Bogotá
	TIPO DE EXAMEN	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

Apellidos	Nombres	
Parrado Martinez	Luz Myriam	
ID: 52.103.151	Sexo Femenino	Edad: 47 Años

PERFIL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL (No aplica para examen de Ingreso)	
riesgo ergonómico en el cargo	
Manipulación de cargas	Horas de trabajo por jornada
Esfuerzos más frecuentes	Usa ayudas mecánicas?
Movimientos repetitivos?	Postura habitual
Distancia que camina por día	Herramientas que usa
Manipula objetos pesados?	Qué peso máximo levanta?

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA		
SEGMENTO	FLEX.	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC.
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	FLEXION	EXTENSION		FLEXION	EXTENSIÓN	
Codo	✓	✓		✓	✓	
Rodilla	✓	✓		✓	✓	

REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SÍNTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Cervicalgia		✓	
Dorsalgia		✓	
Lumbalgia		✓	
Artralgia		✓	
Tendinitis		✓	
Amputaciones		✓	

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis? NO	Escoliosis? NO	Lordosis? NO	Flexión Normal

SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	
Biceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T.Carpo)	
Triceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T.Carpo)	
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	Normal
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones (L5S1)	✓		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO. Lesiones laborales óseas o musculares .?	
Limitaciones:	NO
Malformaciones	NO
Secuelas:	NO

RECOMENDACIONES.

Dr. Gustavo Contreras M
MEDICO CIRUJANO - U. Nal
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S.O. N° 15006/2015 S.S.S.

Dr. _____
Gustavo Contreras Salamanca Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 15006 de 2.015 Secretaría Distrital de Salud

Luz Miriam Parrado M
52-103-151 Bta

C.C: _____
Trabajador Examinado

v. 1-2021

Scanned with DocScan

GRUPO Health & Care S.A.S.
SEGURIDAD Y SALUD AL ALCANCE DE TODOS

NIT. 901.363.306-4

Dra. Carolina Chaparro Martinez
Optómetra U. de la Salle Especialista en Gerencia de Salud y Seguridad en el Trabajo - TP 52524224
Carrera 21 No, 25-24 sur • Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Celular: 3127281731 - 313 8891028 - 311 5633431
Tel.: 445 7557 • Email: grupohealthcaresas@gmail.com

CERTIFICADO DE VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

OPTOMETRIA ☐
VISIOMETRIA ☒

Nombres y Apellidos: Luz Miriam Parado Medina		Identificación: CC X	52 103 151
Sexo F X M	Edad 47 años	Empresa Sob red sur.	Fecha 03 12 21
EPS Salud Total		ARP Sura	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Luz Miriam Parado M. 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 actúo 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 fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi 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 no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación	Tiempo en este Oficio	Exigencia Visual de Oficio
Aux de Enfermeria	25 años	Visión Lejana (20/200) Visión Próxima (20/200)

¿Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos? SI X NO ☐

¿Por qué? _____

¿Utiliza alguna protección? SI X NO ☐ ¿Cuál? Rx en uso

Oficios anteriores 1. _____ Tiempo _____ 2. _____ Tiempo _____

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Fecha último examen de Visiometria	Tiene lentes formulados	Último cambio	Utiliza la corrección actualmente
27 mayo 2019	SI X NO ☐	2 años	SI X NO ☐

Tipo de Lentes: Progresivos X Bifocales ☐ Monofocales ☐ Lentes de contacto ☐ 2 pares de RX ☐

Forma de uso: Permanentes X Ocasionales ☐ V. Lejana ☐ V. Próxima ☐ Síntomas SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

Exámen Externo	Exámen Motor	Oftalmoscopia
OD: normal OI: normal	Normal X Anormal ☐	ODI Normal X Anormal ☐

Agudeza Visual	OD 20/40 OI 20/40	V. Próxima	OD 27 OI 27	PH	OD _____ OI _____	Con corrección	OD 20/20 OI 20/20

Retinoscopia	RX Final
OD — AV — OI — AV —	OD — AV — OI — AV —

V Cromática Normal X Anormal ☐ Test de esteropsis 20" Segundos de arcos

IDX Astigmatismo Bimpricit. Uso de RX SI X NO ☐ Interpretación: Paciente con dificultad en visión.

Observaciones: Control en 1 año, continuar con la Rx

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual	Uso de Protección Visual	Remisión a la EPS
SI X NO ☐	SI X NO ☐	SI ☐ NO X

FIRMA OPTOMETRA

Luz Miriam Parado M.
52103151 BTA

FIRMA DEL PACIENTE

Scanned with DocScan