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: Subred Integrada de Salud del Sur.				
Fecha: Dic 11/2017	Cargo: Auxiliar administrativo			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos: Montenegro Vanegas	Nombres: Diana Cecilia		
ID: 52.975.583	Tel:	Sexo F	Edad 34
Profesión: Tecnica en Recursos Humanos.		Diestro Si	Zurdo

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional	Si	Audiometría	—	Optometría	Si
Radiografía	—	Electrocardiograma	—	Espirometría	—
Glicemia	—	Colesterol ,	—	Triglicéridos	—
Otros	—				

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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

Restricciones médicas ocupacionales
No presenta.

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 Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. Nº 15006/2015 S.D.S

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. Diana Montenegro 52975583 Bta

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

v 1- 2.017

ÓPTICA VISUAL CARE
NIT 1023878700- 0
CARRERA 21 No. 25-24 sur, Bogotá D.C. Br. Olaya
Teléfono: 4457557 celular: 3138891028- 3142629515-3115633431

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Nombre y Apellidos: Diana Cecilia Montenegro. V.		Identificación: 52935583.	
Sexo F: X M:	Edad: 34 Años	Empresa: Subred Scr.	Fecha: 9 / M 12 / A 17.
Eps: compensar.	ARP: Sura.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Yo, _____ 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 respetara la buena fé, 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 hablara 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 presentarsen reacciones adversas para mi salud. (Aplica Resolución 1995 H.C. ÓPTICA VISUAL CARE)

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION	TIEMPO EN ESTE OFICIO	EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO V. Lejana (20/__) V. Próxima (20/__)
Arehuista Aux.	5 años.	

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS SI X NO_____
POR QUE ? requiere examen. Usuario periodicos

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI X NO_____
¿Cuál? Utiliza corrección óptica permte.

OFICIOS ANTERIORES 1. TIEMPO 2.

EXAMEN DE AGUDEZA VUSUAL

FECHA DE ULTIMO EXAMEN DE VISIOMETRIA	TIENE LENTES FORMULADOS	ULTIMO CAMBIO	UTILIZA LA CORRECCION ACTUALMENTE
1 año.	SI X NO_____	1 año.	SI X NO_____

TIPO DE LENTES PROGRESIVOS _____ BIFOCALES _____ MONOFOCALES X L. DE CONTACTO_____ 2PARES DE Rx _____

FORMA DE USO PERMANENTE X OCASIONALES_____ V. LEJANA _____ V. PROXIMA _____ SINTOMAS SI_____ NO X CUAL?

EXAMEN EXTERNO	EXAMEN MOTOR	OFTALMOSCOPIA
OD nml OI nml	NORMAL X ANORMAL_____	ODI NORMAL X ANORMAL___

AGUDEZA VISUAL OD 20/30 V. PROXIMA OD 0.5m PH OD 20/20 CON CORRECION OD 20/20
OI 20/40. OI 0.5m OI 20/25 OI 20/25.

V CROMATICA NORMAL X ANORMAL_____ TEST DE ESTEROPSIS stut SEGUNDOS DE ARCO 32"3.

IDX	USO DE Rx	INTERPRETACIÓN
11521.	SI X NO_____	Requiere corrección óptica permte

OBSERVACIONES Se recomienda control por optometria. para cambio de C.C.

RECOMENDACIONES LABORALES

CONTROL ANUAL	USO DE PROTECCION VISUAL	REMISIÓNN ALA EPS
SI X NO_____	SI X NO_____	SI___ NO X

OPTOMETRA

FIRMA DE L PACIENTE