Intersalud Ocupacional Administradores de la Salud Ocupacional	**HISTORIA OPTEMÉTRICA OCUPACIONAL** **TIPO EXAMEN** / **FECHA** **Ingreso** 2020-07-17 **Municipio** CALI-Valle del Cauca	**GO-PSIPS-FO2-V4** **VERSION 4**	

I. INFORMACION DE LA EMPRESA

EMPRESA: **0 - PARTICULAR**		ACTIVIDAD ECONÓMICA: **ninguna**
EN MISIÓN: **-**		
CIUDAD: **CALI**	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

CC No. **38794747**		APELLIDOS Y NOMBRES: **CAICEDO QUICENO ANGELA MARÍA**	
FECHA DE NACIMIENTO: **1984-02-17**	Edad: **36**	NIVEL DE ESCOLARIDAD: **Profesional**	ESTADO CIVIL: **Soltera**
LUGAR DE NACIMIENTO: **TULUÁ**	SEXO: **femenino**	DIRECCION RESIDENCIA: **CALLE 48 # 99 - 75**	TELÉFONO:**3008573763**
EPS: **SOS**	ARL: **POSITIVA - ARP**	AFP: **COLPENSIONES**	

III. INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR: **ORIENTADORA ESCOLAR**

IV. EXAMEN OPTOMÉTRICO

AP: **NINGUNA**						
AO: **IRRITACIÓN OCULAR**						
RX ACTUAL:	OD:	Add(OD):	OI:	Add(OI):		
AV HABITUAL	**sc**	**LEJOS**	OD OI	**sc**	**CERCA**	OD OI
VISION CROMATICA:						
ESTEREOPSIS:						
SEGMENTO ANTERIOR						
CAMPO VISUAL:	Horizontal:	Vertical:				
OBSERVACIONES:						
CT:	33 cm:	20 cm:				
PPC:						
Factores de riesgo: **NO REPORTA**						
OFTALMOSCOPIA	OD:		OI:			
REFRACCIÓN	OD:	Add:	OI:	Add:		
DX						
CX						

V. VISIOMETRIA

	Lejos	Cerca	Rx USO:	
SC	OD: **20/40**	OD: **0.5-**	OD	OI
	OI: **20/20**	OI: **0.5M**	Add	Add
EE: **DISTORCION CORNEAL OD**				
MOTILIDAD: **NORMAL**			PPC: **12 CM**	
OFTALMOSCOPIA OD: **FONDO NORMAL**			OI: **FONDO NORMAL**	

VI. OBSERVACIONES

EMETROPIA, SE RECOMIENDA LUBRICANTES OCULARES

VII. SE REMITE

OTROS:

MEDICO: Euclides Canaria
IPS

Intersalud Ocupacional Administradores de la Salud Ocupacional	**HISTORIA AUDIOLOGIA OCUPACIONAL** **TIPO EXAMEN** / **FECHA** **Ingreso** / 2020-07-17 **Municipio** CALI-Valle del Cauca	**GO-PSIPS-FO2-V4** **VERSION 4**	

I. INFORMACION DE LA EMPRESA

EMPRESA: **0 - PARTICULAR**		ACTIVIDAD ECONÓMICA: **ninguna**
EN MISIÓN: **-**		
CIUDAD: **CALI**	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR

CC No. **38794747**		APELLIDOS Y NOMBRES: **CAICEDO QUICENO ANGELA MARIA**	
FECHA DE NACIMIENTO: **1984-02-17**	Edad: **36**	NIVEL DE ESCOLARIDAD: **Profesional**	ESTADO CIVIL: **Soltera**
LUGAR DE NACIMIENTO: **TULUÁ**	SEXO: **femenino**	DIRECCIÓN RESIDENCIA: **CALLE 48 #**	TELÉFONO:**3008573763**
EPS: **SOS**	ARL: **POSITIVA - ARP**	AFP: **COLPENSIONES**	

III. INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR: **ABOGADA**

IV. ANTECEDENTES LABORALES

ACTUALMENTE TRABAJA EXPUESTO AL RUIDO:			
CUANTOS AÑOS HA TRABAJADO EXPUESTO AL RUIDO EN LA EMPRESA ACTUAL:		EN OTRAS:	TOTAL: **0**
USA PROTECCION ACTUALMENTE:		HA UTILIZADO PROTECCION:	
TIPO DE PROTECCIÓN:			
Espuma:	Premoldeados:	Silicona:	Orejeras:
OTROS:			
AUDIOMETRIA ANTES: **SI**		CUAL FUE EL RESULTADO: **Normal**	

V. ANTECEDENTES EXTRALABORALES RUIDOSAS

SERVICIO MILITAR: **No**
FUERA DEL TRABAJO REALIZA UNA ACTIVIDAD RUIDOSA: **No reporta**

VI. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

HA SUFRIDO DE: **No reporta**		
GOLPES FUERTES EN LA CABEZA: **no**		
LE HAN PRACTICADO ALGUNA CIRUGIA DE:		
OIDO:	CUELLO:	CABEZA:
OBSERVACIONES:		

VII. ANTECEDENTES OTOLOGICOS

Otalgia: **No**	Prupirito: **No**	Progresiva: **No**	Sensación hipoacusia: **No**
Otorrea: **No**	Acufenos: **Si**	Otitis: **No**	Aparición súbita: **Si**
Otros:			
Ototoxicos Ocupacionales: **NO REPORTA**			
Farmacologicos: **No Reporta**			

Condiciones de toma de la prueba					
Horas de descanso auditivo	**12**	Realizo Retest	**No**	Uso cabina	**Si**
Marca y referencia audimetro utilizado: **MA 40**			Fecha ultima calibración: **25-01-2019**		

Intersalud Ocupacional Administradores de la Salud Ocupacional	CERTIFICADO DE APTITUD Rem: 4418		GO-PSIPS-FO2-V4 VERSION 4	
	TIPO EXAMEN	FECHA		
	Ingreso	2020-07-17		
	Municipio			
	CALI-Valle del Cauca			

I. INFORMACION DE LA EMPRESA

EMPRESA: **0 - PARTICULAR**		ACTIVIDAD ECONÓMICA: **ninguna**
EN MISIÓN: **-**		
CIUDAD: **CALI**	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

CC No. **38794747**		APELLIDOS Y NOMBRES: **CAICEDO QUICENO ANGELA MARÍA**	
FECHA DE NACIMIENTO: **1984-02-17**	Edad: **36**	NIVEL DE ESCOLARIDAD: **Profesional**	ESTADO CIVIL: **Soltera**
LUGAR DE NACIMIENTO: **TULUÁ**	SEXO: **femenino**	DIRECCIÓN RESIDENCIA: **CALLE 48 #**	TELÉFONO:**3008573763**
EPS: **SOS**	ARL: **POSITIVA - ARP**	AFP: **COLPENSIONES**	

III. INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR: **ABOGADA**

IV. CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO APTITUD

Apto

Observaciones:

PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (PVE)

Auditivo	
Ergonomico	X
Respiratorio	
Quimico	
Biologico	
Psicosocial	
Cardiovascular	
Visual	
Dermatologico	

RECOMENDACIONES	
Uso de EPP	
Autocuidado	X
Pausas activas	X
Higiene postural	X
Estilo de vida saludable	X
Seguir recomendaciones de S.I	
Otras:	

EXAMENES REALIZADOS:

Examen Medico Ocupacional

REMISIONES

NINGUNA

Observaciones:

RESTRICCIONES

NO

Observaciones:

3257

ATENCIÓN, LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO O SALUD OCUPACIONAL QUE FORMEN PARTE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA EMPRESA, TENDRÁN LA GUARDA Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL: AERTICULO 16 DE LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO ARTÍCULO 17 RESOLUCIÓN 1918 DE 2009.

Dra. Mayerlis Cervantes Especialista en Salud Ocupacional Reg. 0801-10-11

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO EVALUADOR

Nombre: **Mayerlis Cervantes**
N°. Licencia: 0801 - Octubre 31 de 2018

Angela María Caicedo

PACIENTE EVALUADO
Nombre: **CAICEDO QUICENO ANGELA MARÍA**
C.C. 38794747