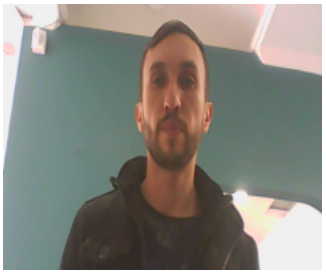
VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2022/09/15
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-09-14	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	WALTER ALEXANDER ROZO NUÑEZ			Identificación CC	Nro 1026562633
Fecha de Nacimiento	1990-01-16	**Edad**	32	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2022-09-14 12:09:46	**Fecha Salida**	2022-09-14 12:13:38		

DATOS EMPRESA

EVOLUCION

EVOLUCION	NA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	-PACIENTE NO PRESENTA CORRECION OPTICA EN EL EXAMEN
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NO REFIERE
ANTENCEDENTES FAMILIARES	NO REFIERE

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/20
OJO DERECHO	20/20
OJO IZQUIERDO	20/20
ESTEREOPSIS " SEG.	200
VISION CROMATICA	NORMAL
FORIA VERTICAL	NORMAL
FORIA LATERAL	NORMAL

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0.50 cm
OJO DERECHO	0.50 cm
OJO IZQUIERDO	0.50 cm
FORIA LATERAL	NORMAL

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL VISUAL ANUAL

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2022/09/15
www.cendiatra.com

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Estefanya González Antivar
Optómetra
C.C. 101.844.69.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

WALTER ALEXANDER ROZO NUÑEZ
CC 1026562633

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-09-15

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	WALTER ALEXANDER ROZO NUÑEZ		
Identificación	CC	**No. Documento**	1026562633
Fecha de Nacimiento	1990-01-16	**Edad**	32 años 7 meses 30 dias
Sexo	M	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2022-09-14 10:55:00	**Sede**	CENDIATRA NORTE

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	255.0	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

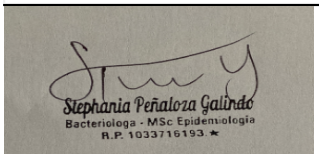
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	164.0	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	49.0	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	173.2	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl



STEPHANIA PEÑALOZA GALINDO
1033716193
Firma y sello del médico evaluador

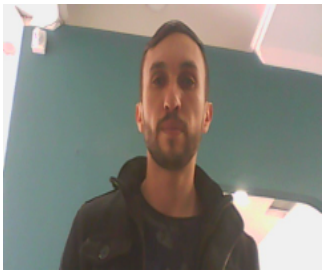
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-09-14	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	WALTER ALEXANDER ROZO NUÑEZ		Identificación CC	Nro 1026562633	
Fecha de Nacimiento	1990-01-16	**Edad**	32	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2022-09-14 12:39:30	**Fecha Salida**	2022-09-15 15:25:45		

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
VISIOMETRIA	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Daniela Chacón Cobos
Médico Especialista SST
RM 1018469709
LC 535 de 06/04/2022
Universidad El Bosque

DANIELA ALEJANDRA CHACON COBOS
RM: 1018469709
Firma y sello del médico

WALTER ALEXANDER ROZO NUÑEZ
CC 1026562633
Firma del trabajador