CONCEPTO OCUPACIONAL

DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO - MEDICO ESPECIALISTA EN SST
CENTRO MEDICO TORREMOLINOS CALLE 17 NORTE 14-20 CONS 201- 3128518160

De conformidad con la Resolución No 2346 del 11 de julio de 2007 proferida por el Ministerio de la Protección Social, mediante la cual se regula la práctica de evaluaciones de ingreso, egreso, alturas, periódicas y de controles médicas ocupacionales.

NOMBRE DE LA EMPRESA Y CENTRO DE TRABAJO / SEDE		
SENA PARTICULAR	ARMENIA	22/10/2022

Nombre del aspirante o trabajador	LEAL RIOS LUIS FERNANDO		
Documento de identificación		Edad	Cargo
C.C.	7.554.860	54	INSTRUCTOR

Ingreso	X	Periodico		Egreso	

CONCEPTO

Apto sin restricciones para el cargo	X	Apto sin restriccion para alturas		Sin patologia relacionada con la labor	
Apto con restriccion para el cargo		Apto con restriccion para alturas			

DESCRIPCIÓN RESULTADOS (Escriba en términos sencillos la interpretación de los hallazgos que determinan el concepto de aptitud)

OPTOMETRIA	PRESBICIA
PSICOLOGICO	APTO
AUDIOMETRIA	NORMAL
LABORATORIO	REALIZADO
ENFASIS OM	
ENF NEUROLOGICO	
DIAGNOSTICO	NO

RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

RECOMENDACIONES GENERALES SEGÚN PROFESIOGRAMA

USO DE EPP SEGÚN EL CARGO- PAUSAS ACTIVAS- BUENA POSTURA

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS SEGÚN PROFESIOGRAMA

DIETA SANA- EJERCICIO- HABITOS SALUDABLES- USO DE EPP SEGÚN PROFESIOGRAMA

USO DE CORRECCION VISUAL CERCANA-

REMISION A EPS	SI	NO X		REMISION A ARL	SI	NO X
SE ENTREGA CONCEPTO	SI	X	NO			

Médico

Firma: _____

Nombre: DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

Registro: LMSO 7332 DEL 2001-2012R

LEAL RIOS LUIS FERNANDO

22-10-2022 VB PVE (-)

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

DD	MM	AAAA	CIUDAD			
22	10	2022	ARMENIA	Ingreso X	Egreso	Periódico

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Razón social	
SENA	ARMENIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido			Documento de identificación: Tipo	Número
LEAL	RIOS	LUIS FERNANDO			7554860

Género (Marque con una (X))
Femenino [ ] Masculino [X]

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES SI

(Marque con una (X) en el espacio que corresponda para cada Factor de Riesgo mencionado. Indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado)	Tiempo (años) de Exposición	Vdts
SENA		

Uso de gafas

Cuales:

SINTOMAS VISUALES

Disminucion vision cercana	ANORMAL
Disminucion vision lejana	NORMAL
Pterigio	NORMAL
Lagrimeo	NORMAL
Vision borrosa	NORMAL
Cansancio visual	NORMAL

ANTECEDENTES MEDICOS VISUALES

Astigmatismo	NIEGA
Miopia	NIEGA
Ambliopia	NIEGA
Otros	

Examen externo:

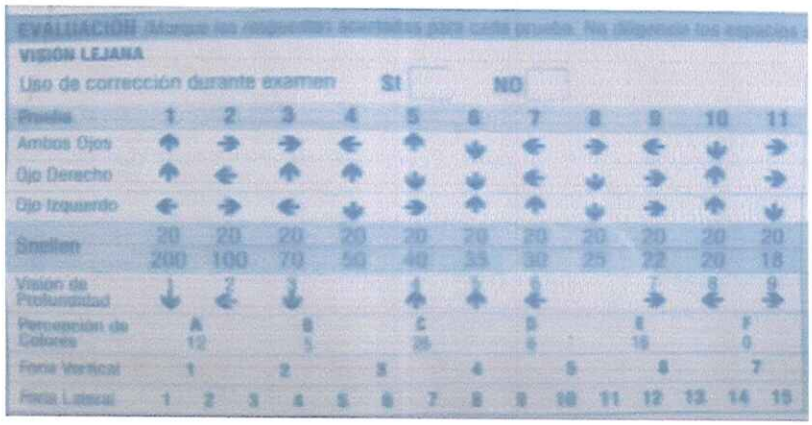
OD__NORMAL_____

OI____NORMAL_____

EXAMEN VISUAL			
	V LEJANA	V CERCANA	CON LENTES
OJO DER	20/20	0,75	
OJO IZQ	20/20	0,75	
AMBOS	20/20	0,75	

Diagnosticos	OD	OI
Emetrope		
Miopia		
Astigmatismo		
Ambliopia		
Hipermetropia		
Presbicia		

PLAN: ANORMAL



NOMBRE
FIRMA:
REGISTRO:

FIRMA DEL TRABAJADOR:

AUDIOMETRIA

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

DD	MM	AAAA	CIUDAD	Ingreso	Egreso	Periódico
22	10	2022	ARMENIA	X		

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Razón social	
SENA	ARMENIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Primer apellido	Segundo apellido		Documento de identificación: Tipo	Documento de identificación: Número
LEAL	RIOS	LUIS FERNANDO		7554860

Género (Marque con una (X))

Femenino [ ] Masculino [X]

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES SI

(Marque con una (X) en el espacio que corresponda para cada Factor de Riesgo mencionado, indique el tiempo de exposición (en años) para cada actividad económica)

Actividad Económica (de la(s) empresa(s) en la(s) cual(es) se desempeña y/o se ha desempeñado)	Tiempo (años) de Exposición	Ruido
SENA		

Uso de Elemento de proteccion:

Cuales:

EXPOSICION A RUIDO

Tejo NO

Discoteca NO

Moto NO

Servicio Militar NO

Poligono NO

Walkman NO

ANTECEDENTES MEDICOS AUDITIVOS

Otitis NO

Perforacion NO

Hipoacusia NO

Otros

Examen externo:

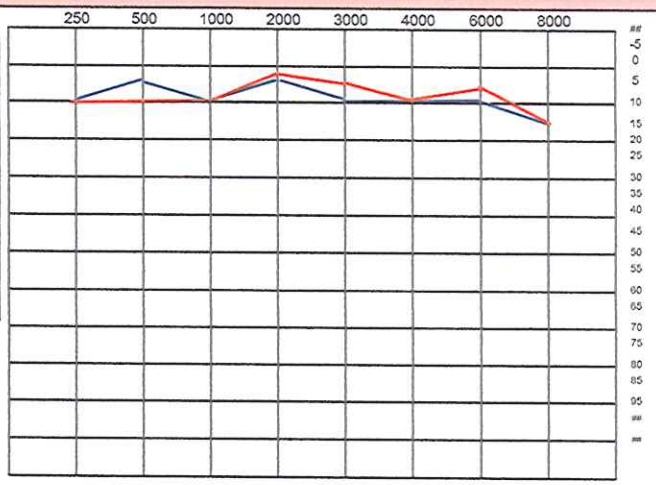
OD_____

OI_____

VIA	LAT	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AEREA	OD	10	10	10	5	5	10	5	15
	OI	10	5	10	5	10	10	10	15
OSEA	OD								
	OI								

Diagnosticos	OD	OI
Normal		
Hipoacusia GI		
Hipoacusia GII		
Hipoacusia GIII		
Hipoacusia Mixta		
Hipoacusia conductiva		

NORMAL



NOMBRE: DRA LUZ ANDREA ROMERO ARANGO
FIRMA:
REGISTRO: 7332- 2012R

FIRMA DEL TRABAJADOR: Ferd RL