CENTRO MEDICO OCUPACIONAL DEL VALLE S.A.S

Nit. 900392343 - 7
Dirección: CALLE 35 A NORTE # 3 N 60
Tel: 3217749857 - 3855234

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Ingreso [X]
Periódico [ ]
Retiro [ ]



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/07/2020 11:03:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JOSE DAVID BONILLA MENESES**

Cargo Doc. Identidad **CC 16944646**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	2 PERFIL LIPIDICO	3 GLICEMIA PREPANDIAL
4 OPTOMETRIA	5 PARCIAL DE ORINA	6 CUADRO HEMATICO
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto con recomendaciòn	⊗	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere de restricción de actividades	○	○
Requiere de reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Satisfactorio	○	○
No Satisfactorio	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ⊗ Ergonómico ⊗ Otros ○

REMISIÓN SI ○ NO ○ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR.

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA POR EPS.

SE RECOMIENDA:

1. EL USO DE LENTES MEDICADOS, QUE CORRIJAN ADECUADAMENTE EL DÉFICIT VISUAL DESCRITO, PARA LABORAR.

VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS.

HERNÁN VILLERO
CC 77.170.990
MED. OCUPACIONAL
RES. 2150/OCT 30/18

HERNAN VILLERO
MEDICO OCUPACIONAL

Captura Biometrica

CENTRO MEDICO OCUPACIONAL DEL VALLE S.A.S
Nit. 900392343 - 7
Dirección: CALLE 35 A NORTE # 3 N 60
Tel: 3217749857 - 3855234

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Ingreso [X]
Periódico [ ]
Retiro [ ]

DIETA Y EJERCICIO.

CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE PREVENCION DE CORONAVIRUS COVID 19 IMPLEMENTADO EN SU EMPRESA Y ADEMAS INFORMAR A ESTA SI PRESENTA (EL/LA PACIENTE) O ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA SINTOMAS RELACIONADOS CON DICHA ENFERMEDAD.
SE RECOMIENDA:

1. LAVADO DE MANOS DE 45 SEGUNDOS POR CADA HORA DE TRABAJO, O SEGÚN COMO ESTÉ ESTIPULADO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA EMPRESA.

2. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL LABORAL Y EXTRALABORAL RECOMENDADO DE MÍNIMO 2 METROS.

3. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS DURANTE TODA SU JORNADA LABORAL.

4. EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ADECUADOS PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU LABOR.

NOTA: SE RECOMIENDA PROPORCIONAR A LOS EMPLEADOS UN AMBIENTE DE TRABAJO EN ADECUADAS CONDICIONES DE HIGIENE Y SEGURIDAD, ADEMAS VERIFICAR DIARIAMENTE QUE ELLOS CUMPLAN CON EL PROTOCOLO DE PREVENCION PARA CORONAVIRUS COVID-19 INSTAURADO POR LA EMPRESA, ESTO CON EL FIN DE PREVENIR Y/O MINIMIZAR LOS RIESGOS PARA LA SALUD QUE REPRESENTA DICHA ENFERMEDAD.

NOTA: INCLUIR A LA TRABAJADORA EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INSTAURADOS POR LA EMPRESA.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

HERNAN VILLERO
CC: 77 170 990
MED. OCUPACIONAL
RES: 2150/OCT 30/18

HERNAN VILLERO
MEDICO OCUPACIONAL

Captura Biometrica

FECHA DE RECIBO **JULIO 08 DE 2020**
FECHA DE ENTREGA **JULIO 08 DE 2020**

NOMBRE **JOSE DAVID BONILLA MENESES**
IDENTIFICACION C.C **16.944.646**
EMPRESA **PARTICULAR**

EXAMEN SOLICITADO **PERFIL LIPIDICO**

RESULTADOS	COLESTEROL	140	mg/dl	**V/N**	Hasta 200 mg/dl
	TRIGLICERIDOS	102	mg/dl	**V/N**	Hasta 150 mg/dl
	COLESTEROL HDL	55	mg/dl	**V/N**	40-60 mg/dl
	COLESTEROL VLDL	20,4	mg/dl	**V/N**	20 - 30 mg/dl
	COLESTEROL LDL	64,6	mg/dl	**V/N**	150 -190 mg/dl
	I.A.	2,5		**V/N**	Menos de 4

EXAMEN SOLICITADO **GLUCOSA PRE Y POST - PRANDIAL**

RESULTADO	GLICEMIA PRE	93	mg/dl	**VN:**	70 - 100 mg/dl

Dora Milda Guerrero C.
Bacterióloga y Lab. Clínico
Universidad del Valle
Registro Salud 24533

FECHA DE RECIBO JULIO 08 DE 2020
FECHA DE ENTREGA JULIO 08 DE 2020

NOMBRE **JOSE DAVID BONILLA MENESES**
IDENTIFICACION **16.944.646**
EMPRESA **PARTICULAR**

EXAMEN SOLICITADO **PARCIAL DE ORINA**

RESULTADO

COLOR	AMARILLO
ASPECTO	CLARO
DENSIDAD	1015

EXAMEN QUIMICO	
Ph	6
ALBUMINA	NEGATIVA
GLUCOSA	NEGATIVA
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVA
BILIRRUBINA	NEGATIVA
SANGRE OCULTA	NEGATIVA
UROBILINOGENO	NORMAL
NITRITOS	NEGATIVA
PROTEINAS	NEGATIVA

SEDIMENTO	
LEUCOCITOS	0-1X CAMPO
ERITROCITOS	NO SE OBSERVA
BACTERIAS	NO SE OBSERVA
MOCO	NO SE OBSERVA
CELULAS EPITELIAL	NO SE OBSERVA
URATOS AMORFOS	NO SE OBSERVA
CELUAS ALTAS	NO SE OBSERVA
CELULAS BAJAS	NO SE OBSERVA

Dora Milda Guerrero C
Bacterióloga y Lab. Clínico
Universidad del Valle
Registro Salud 24533

FECHA DE RECIBO **JULIO 08 DE 2020**
FECHA DE ENTREGA **JULIO 08 DE 2020**

NOMBRE **JOSE DAVID BONILLA MENESES**
IDENTIFICACION C.C **16.944.646**
EMPRESA **PARTICULAR**

EXAMEN SOLICITADO **CUADRO HEMATICO**

					HOMBRES	MUJERES
RESULTADO	HEMOGLOBINA	14,6	g/dl	VN:	11.7- 18 g/dl	11.7-18 g/ dl
	HEMATOCRITO	44%		VN:	37.7 - 53.7%	37.7-53.7%
	RECUENTO DE LEUCOCITOS	9800	mm3	VN:	3700-10100 mm3	
	DIFERENCIAL					
	NEUTROFILOS	49%				
	LINFOCITOS	48%				
	EOSILOFILOS	2%				
	MONOCITOS	0%				
	BASOFILOS	1%				
	RECUENTO PLAQUETAS	270.000		VN:	150.000-450.000 mm3	

Dora Milda Guerrero C.
Bacteriologa y Lab. Clinico
Universidad del Valle
Registro Salud 24533

CENTRO MEDICO OCUPACIONAL DEL VALLE

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE OPTOMETRIA

TIPO DE EXAMEN: INGRESO X EGRESO____ PERIODICO____
FECHA 8-7-2020

EMPRESA Particular - Sena.

NOMBRES Jose David Bonilla Meneses

No. DE CEDULA 16944646 EDAD 38

CARGO Instructor

TRABAJO EN ALTURAS SI____ NO X ESP. CONFINADOS NO

ANTECEDENTES OCULARES Miopía. No trae gafas al examen.

ANTECEDENTES LABORALES Niega.

EXAMEN EXTERNO Normal

ESTADO OCULOMOTOR Normal

ESTEREOPSIS Normal PPC____

FONDO DE OJO OD: Normal
OI: Normal

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION X CON CORRECCION____

LEJANA OD: 20/100 PROXIMA OD: 20/050
OI: 20/40 OI: 20/050

GAFAS EN USO OD____ OI:____
ADD // TIPO: //

REFRACCION-SUBJETIVO	A.V VL	ADD	AV VP
OD //	//	//	//
OI //	//	//	//

TEST DEL COLOR Normal ISHIHARA

DIAGNOSTICO: Miopía

RECOMENDACIONES: Control anual

FIRMA Y SELLO:

FIRMA Y SELLO OPTOMETRA

FIRMA PACIENTE