UNIR SALUD
UNIDAD INTEGRAL DE SALUD MÉDICA Y OCUPACIONAL - IPS

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2021/01/22 11:30:30 am

FECHA DE EXAMEN 2021-01-22 09:45:06
TIPO DE EXAMEN INGRESO



DATOS DE INSTITUCIÔN

Nombre:	UNIRSALUD	**Nit:**	900170825-2
Dirección	CARRERA 22 NO 26-12	**e-mail:**	unirsaludltda.hotmail.com
Teléfonos:	(6) 8835588	**Sede:**	CENTRO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	DIEGO LEON			**Apellidos**	RAMIREZ BUILES				
Identificación	CC	75086629	**Edad**	43	**Genero**	M	**Grupo Sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	MANIZALES			**Fecha de nacimiento**	1977-12-17	**Estrato**		5
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Postgrado		**Telefonos**	3022773451			
Departamento	Caldas	**Municipio**	Manizales		**Dirrección**	CL 18 NO 3A-41 CASA 13 CJHINCHINA			
EPS	Sura								
ARL	POSITIVA				**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.			

DATOS EMPRESA

EMPRESA O IPS CONVENIO	TIPO 1	**CONTRATISTA**	SENA
CARGO	INSTRUCTOR VIRTUAL		
FECHA DE INGRESO	2021-01-22	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNA

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EXAMEN OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo ENCUESTA SARS-COv-2 NEGATIVA
RECOMENDACIONES	EVITE: LICOR, CIGARRILLO, AZUCARES REFINADOS, CARBOHIDRATOS, GRASAS. BEBIDAS OSCURAS. REALICE 150 MINUTOS EJERCICO A LA SEMANA. CUMPIR REGLAMENTO H Y S DE LA EMPRESA. PREVENCION DEL CORONAVIRUS. USO TAPABOCAS. EVITAR AGLOMERACIONES, ENTRENAMIENTO PARA MANIPULACION DE CARGAS. APOYO ADECUADO AL MOMENTO DE LEVANTAR PESOS. EVITAR ESTA MAS DE 15 MINUTOS EN MULTITUDES. MANTENER LIMPIA LAS SUPERFICIES DE TRABAJO. LIMPIO EL CELULAR. NO COMPARTIR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). LAVADO DE MANOS CADA 2 A 3 HORAS CON AGUA Y JABON EVITE SALUDAR DE ABRAZOS, MANOS Y BESOS. MANTENGA VENTILADAS LAS AREAS DE TRABAJO SI SON OFICINAS VENTANAS ABIERTAS. EVITE TOCARSE LOS OJOS, NARIZ, BOCA CON LAS MANOS SIN LAVAR. SE RECOMIENDA AL TRABAJADOR MANTENER ERGUIDA LAS ESPALDA DURANTE LA EJECUCIÓN DE TAREAS MANTENIENDO ÁNGULOS DE CONFORT: PIES APOYADOS SOBRE SUPERFICIE FIRME. RODILLAS ALINEAR CUELLO CON RESPECTO A TRONCO TOMANDO COMO REFERENCIA LAS OREJAS CON RESPECTO A LOS HOMBROS. REALIZAR PROCESO DE ALISTAMIENTO MUSCULO ESQUELÉTICO ANTES DE INICIAR LA JORNADA LABORAL TOMANDO LOS ESTIRAMIENTOS DE LAS PAUSAS ACTIVAS COMO REFERENTE ENCUESTA SARS-COv-2 NEGATIVA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

MEDICAS

Control odontologico periodico

OCUPACIONALES

Uso de EPP
Inicio de actividad fisica

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Samuel Zuleta G.
Médico Cirujano
Universidad de Caldas
Esp. en Salud
SAMUEL ZULETA GOMEZ
RM ... 0197
Firma y sello del Medico Evaluador

www.unirsalud.com

UNIR SALUD
UNIDAD INTEGRAL DE SALUD MEDICA Y OCUPACIONAL - IPS

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2021/01/22 11:30:30 am

SAMUEL ZULETA GOMEZ
RM: SO - 0197
Firma y sello del médico evaluador

DIEGO LEON RAMIREZ BUILES
CC 75086629
Firma del trabajador evaluado

UNIDAD INTEGRAL DE SALUD MÉDICA Y OCUPACIONAL I.P.S.

UNIR SALUD

EXAMEN: OPTOMETRÍA ☑ VISIOMETRÍA ☐

Carrera 22 No. 26-12 Telefax: 883 55 88 Cel.: 312 861 2288 Manizales

TIPO DE EXAMEN [I] [P] [R] OTRO ☐

FECHA: 22-01-2021 EMPRESA: SENA

NOMBRE: Diego Leon Aguirre Builes EDAD: 43 años C.C. 75086629

CARGO: Instructor virtual ÁREA: ANTIGÜEDAD:

ANTECEDENTES PERSONALES VISUALES: "Niega" Qx: "Niega"

ANTECEDENTES FAMILIARES VISUALES: "Miopía"

ANTECEDENTES OCUPACIONALES VISUALES: HORAS EXPOSICIÓN:

EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL:

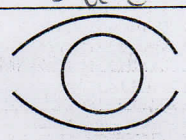
USA ANTEOJOS: SI ☑ NO ☐ BIFOCAL O PROGRESIVO SI ☑ NO ☐ LC SI ☐ NO ☑

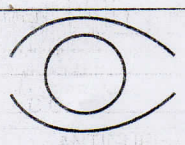
TIPO DE USO: Permanente TRAE SU RX: SI ☐ NO ☑ ULTIMO EXAMEN: Diciembre 2020

ANAMNESIS:

SINTOMATOLOGÍA: "Visión borrosa de cerca"

EXAMEN EXTERNO: OD: Normal OI: Normal





AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN		CON CORRECCIÓN		Ph
	V/LEJANA	V/PROXIMA	V/LEJANA	V/PROXIMA	
O.D.	20/25	0.75M			
O.I.	20/20-	0.75M			
A.O.	20/20	0.75M			

MOTILIDAD PPC 8-10 CT 20 Cm 40 Cm Exoforia ∞

OFTALMOSCOPIA: O.D. Normal

O.I. Normal

OBSERVACIONES:

REFRACCIÓN:

		Rx Final:	ADD		
O.D.	AV	OD -0.75-0.50x0°	+ 1.25	AV. 20/20	DP 32
O.I.	AV	OI -0.75 Esf	+ 1.25	AV. 20/20	DP 32

VISIÓN COLOR OD Alterado **OI** Alterado

ESTEREOPSIS NORMAL ☑ ANORMAL ☐

ESTADO DE CORRECCIÓN: NORMAL ☐ ANORMAL CORREGIDO ☑ ANORMAL NO CORREGIDO ☑ ANORMAL MAL CORREGIDO ☐

PATOLOGÍA OCULAR ☐

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

EMETROPE ☐	ASTIG. MIXTO ☐	PRESBICIA ☑	PTERIGIO ☐	QUERATOCONO ☐
ASTIG. MIOPICO ☑	MIOPIA ☐	AMBLIOPIA ☑	BLEFARITIS ☐	OTROS:
ASTIG. HIPERMETROPICO ☐	HIPERMETROPIA ☐	DISCROMATOPSIA ☑	CATARATA ☐	

RECOMENDACIONES:

USO PERMANENTE DE RX OPTICA ☑	USO DE EPP VISUAL ☐	PAUSAS ACTIVAS ☑
USO DE RX PARA VISIÓN PRÓXIMA ☐	USO DE AR VIDEOTERMINALES ☑	PVE ☐
USO DE RX DE DESCANSO ☐	USO DE PROTECCIÓN SOLAR ☑	OTROS:

REMISIONES:

VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA ☐	TRATAMIENTO ORTOPTICA ☐	CONTROL
TOPOGRAFÍA CORNEAL ☐	OTROS: ☐	6 MESES ☐ 1 AÑO ☑

Giovanni Benigno Gómez R. Optómetra Reg. 461 T.P. 3912

OPTOMETRA REG

PACIENTE C.C. 75086629

FECHA DE EXAMEN 2021-01-22 11:09:11 **TIPO DE EXAMEN** INGRESO



DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST	**NIT**	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	**E-MAIL**	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950	**SEDE**	CENTRO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIEGO LEON RAMIREZ BUILES						
IDENTIFICACION	CC	75086629	**EDAD**	43 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIETNO**	17/12/1977		
LUGAR DE NACIMIENTO	MANIZALES	**DIRECCION**	CL 18 NO 3A-41 CASA 13	**ESTRATO**	5		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	CALDAS	**MUNICIPIO**	MANIZALES	**TELEFONOS**	3022773451	
GRUPO FAMILIAR		**GRUPO SANGUINEO**	O +				
ARL	POSITIVA						
EPS	SURA						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	**CARGO**	INSTRUCTOR VIRTUAL
SEDE	MANIZALES	**FECHA DE INGRESO**	22-01-2021
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	**AREA**	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	INSTRUCTOR
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	Mayor a 2 Años

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	NO
WALKMAN	SI
DISCOTECA	NO

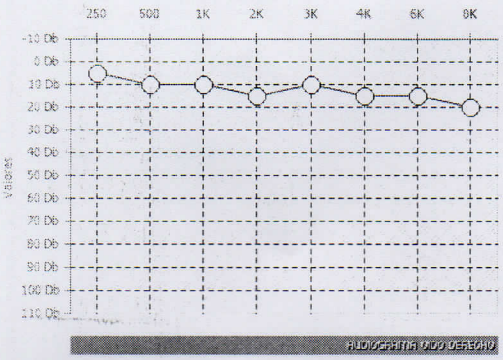
Fecha de impresión 22/01/2021 11.44 AM

Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	No
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL			X	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA EN PARAMETROS DE NORMALIDAD 0 - 25 DB
HIPOACUSIA				
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	BILATERAL
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA	SI	EN SITIO RUIDOSO
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		

Fecha de impresión 22/01/2021 11.44 AM

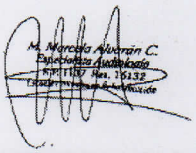
LAVADO AUDITIVO BILATERAL		
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30312776 RM: 16132
Firma y sello del Médico Evaluador

DIEGO LEON RAMIREZ BUILES
C.C 75086629
Firma del trabajador Evaluado