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 SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-10-08	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ	Identificación CC	Nro 1016027868		
Fecha de Nacimiento	1990-07-18	**Edad**	32	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	especialista de transito				
Fecha Ingreso	2022-10-08 08:00:37	**Fecha Salida**	2022-10-08 08:27:20		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
EXAMEN OPTOMETRICO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA — SI
VALORACION OPTOMETRICA — SI
Observaciones:
SE RECOMIENDA USO DE GAFAS DE DESCANSO

OTRAS:
NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL — SI
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. Kimberlyn Medina Sanchez
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Res. No. 3632 de 08/04/2021

KIMBERLYN MEDINA SANCHEZ
RM: 1026562375
Firma y sello del médico

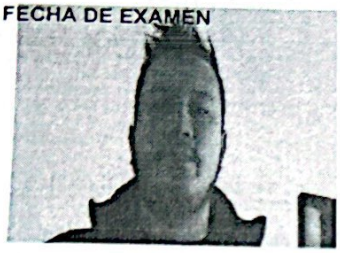
DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ
CC 1016027868
Firma del trabajador

Scanned with CamScanner

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/10/08
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-10-08	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ			Identificación CC	Nro 1016027868
Fecha de Nacimiento	1990-07-18	**Edad**	32	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	especialista de transito				
Fecha Ingreso	2022-10-08 07:55:31	**Fecha Salida**	2022-10-08 07:56:45		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
DESCRIPCION	especialista de tránsito

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	*AUDICIÓN NORMAL BILATERAL *PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO
CONTROL AUDITIVO EN	SI
LIMPIEZA AUDITIVA	NO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

Scanned with CamScanner

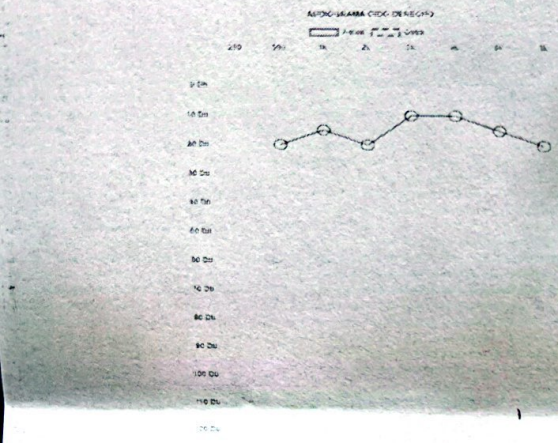
Cendiatra

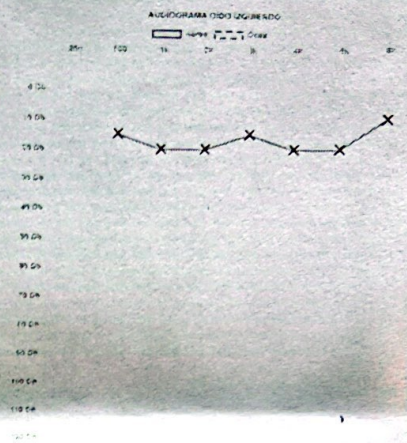
HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/10/08
www.cendiatra.com

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				20			15			20			10			10			15			20		
OI				15			20			20			15			20			20			10		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
DESCRIPCION	especialista de tránsito

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

Scanned with CamScanner

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/10/08
www.cendiatra.com

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	13.75
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	18.75

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	*AUDICIÓN NORMAL BILATERAL *PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO
CONTROL AUDITIVO EN	SI
LIMPIEZA AUDITIVA	NO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO

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

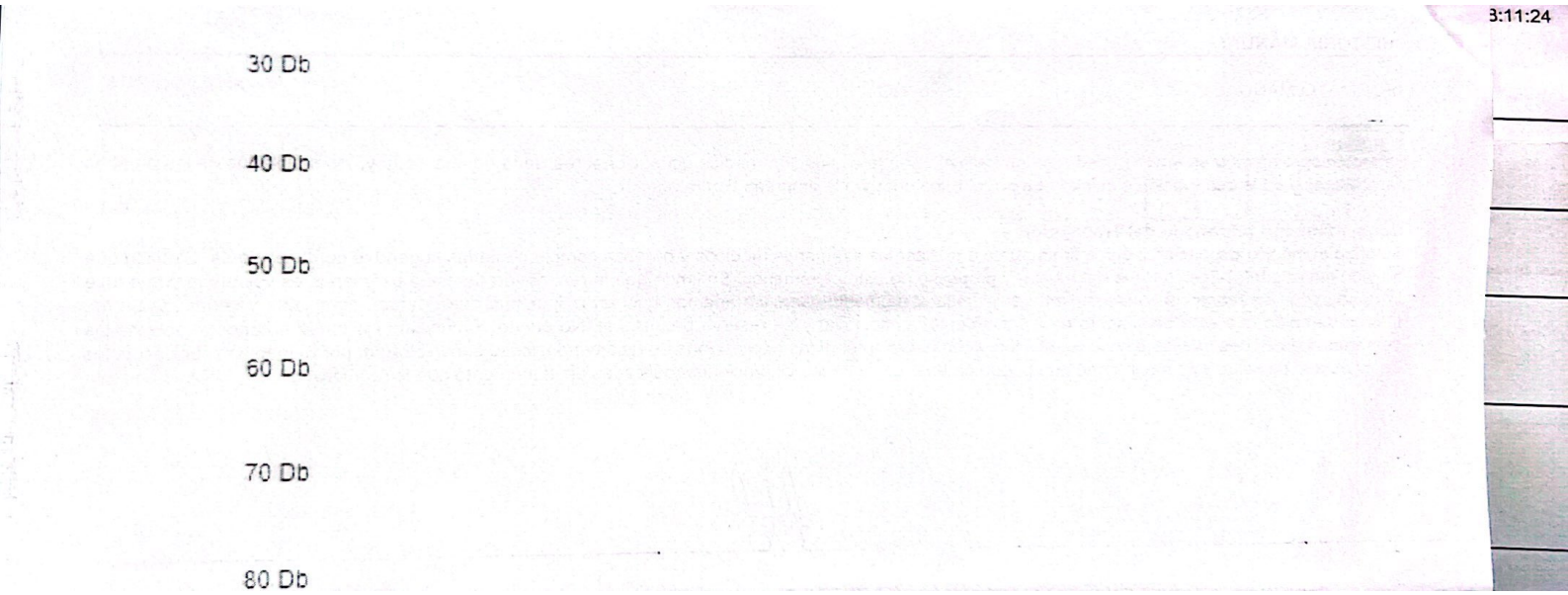
Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos 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.

KAREN NATALYA RUIZ PRADO
Fonoaudióloga
Esp Seguridad y salud en el trabajo
RUN 18-03912

KAREN NATALYA RUIZ PRADO
RM: 1018450451
Firma y sello del médico evaluador

DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ
CC 1016027868
Firma del trabajador evaluado

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

Imágenes anexas

atra

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO

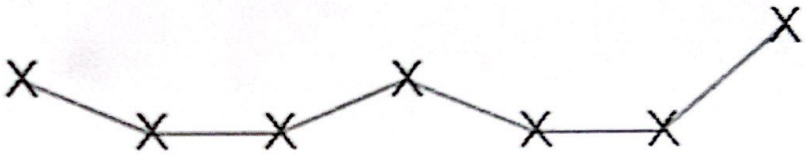
Aérea Ósea

250	500	1k	2k	3k	4k	6k	8k

0 Db

10 Db

20 Db



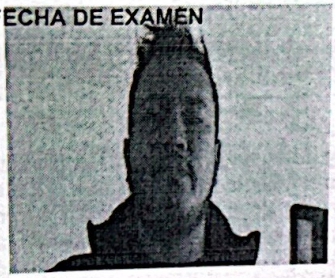
Scanned with CamScanner

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ESPIROMETRIA

Fecha de impresión: 2022/10/08
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-10-08	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ			*Identificación CC*	Nro 1016027868
Fecha de Nacimiento	1990-07-18	**Edad**	32	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	especialista de transito				
Fecha Ingreso	2022-10-08 08:11:21	**Fecha Salida**	2022-10-08 08:11:24		

TIPO EXAMEN

DATOS EMPRESA

TIEMPO EN LA EMPRESA	INGRESO

DATOS PACIENTE

PESO (KG)	90
TALLA (CM)	175

ANTECEDENTES RESPIRATORIOS

PROBLEMAS RESPIRATORIOS	NO
EXPOSISION A POLVO	NO
FUMA ACTUALMENTE	NO
ESPIROMETRIAS ANTERIORES	NO APLICA

OCUPACION ACTUAL

EXPOSICION A CONTAMINANTES?	NO
UTILIZA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL?	NO
PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	NO
PRESENTA TOS?	NO

EVALUACION DE LA PRUEBA

FEV 1	4.93
MEAS-OBS	118
(%)	
FEV C	5.89
MEAS-OBS	117
(%)	
FEV 1 FEVC	83.7
MEAS-OBS	100
(%)	

DIAGNOSTICOS

IMPRESION DIAGNOSTICA	ESPIROMETRIA CURVA FLUJO VOLUMEN NORMAL

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	USO DE EPP CONTROL ANUAL

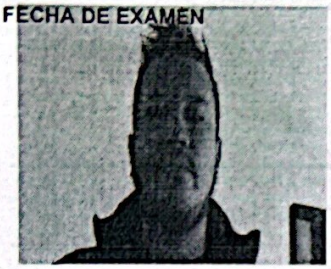
Scanned with CamScanner

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/10/08
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-10-08	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ		Identificación CC	Nro	1016027868
Fecha de Nacimiento	1990-07-18	**Edad**	32	**Sexo**	M
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	especialista de transito				
Fecha Ingreso	2022-10-08 08:15:54	**Fecha Salida**	2022-10-08 08:16:03		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/25
SIN CORRECCION OI	20/25
SIN CORRECCION AO	20/25
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

Scanned with CamScanner

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/10/08
www.cendiatra.com

OD	normal
OI	normal

COVER TEST

LEJOS	ORTHOFORIA
HIRSCHBERG	centrado
MOTILIDAD OCULAR	normal

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	normal
OI	normal

REFRACCION

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	no
OI	no

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión
OBSERVACIONES	SE RECOMIENDA USO DE GAFAS DE DESCANSO

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
CONTROL ANUAL	NO
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA.	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

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

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

Scanned with CamScanner

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.

Diana Moreno B.
OPTOMETRA - REG. 3569
ESP S.O. RES. 7818/2018

DIANA MORENO BALLESTEROS
RM: 1033720809

DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ
CC 1016027868

Scanned with CamScanner