

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	DIRECCIÓN	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86
TELÉFONO	7680025 - 3904798	EMAIL	- 65 , Barrio Polo Club citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-11-17	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN FELIPE BELLO SANCHEZ	Identificación CC	Nro 1010110307
Fecha de Nacimiento	2000-06-02	Edad	22
Sexo	M		
Empresa	PACIENTE OCASIONAL		
Cargo	ENFERMERO		
Fecha Ingreso	2022-11-17 12:47:39	Fecha Salida	2022-11-17 14:33:10

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

OTRAS:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

OTROS

SI
Observaciones:
CONTROL ANUAL
NO PRESENTA
SI
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. T. Johanna Yepes G.
Médico Especialista RL/SS1
Licencia No. 6147

TARIN JOHANNA YEPES GUERRERO

RM: 52140749

Firma y sello del médico



JUAN FELIPE BELLO SANCHEZ

CC 1010110307

Firma del trabajador

SEDE	CENDIATRA NORTE 86	DIRECCIÓN	Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86
TELÉFONO	7680025 - 3904798	EMAIL	- 65 , Barrio Polo Club citas.norte86@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-11-17	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN FELIPE BELLO SANCHEZ	Identificación CC	Nro 1010110307
Fecha de Nacimiento	2000-06-02	Edad	22
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	M
Cargo	ENFERMERO		
Fecha Ingreso	2022-11-17 13:05:05	Fecha Salida	2022-11-17 13:05:16

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	SI
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
OTROS	U.C 6 MESES; NIEGA USO DE GAFAS

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/30
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20
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	no
SIN CORRECCION AO	no

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	EXO
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	8
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NORMAL
OI	NOMRAL

OFTALMOSCOPIA

OD	NRMAL
OI	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO

ESTATICA	N-0.50*90
DINAMICA	NO
CICLOPLEJIA	NO

OJO IZQUIERDO

ESTATICA	NEUTRO ESF
DINAMICA	NO
CICLOPLEJIA	NO

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	NO
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	NO
OI	NO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
OBSERVACIONES	ALTERACION REFRACTIVA LEVE OD

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	NO
CONTROL ANUAL	SI
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 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.

Henry Zárate Zárate
Optómetra Esp. Salud Ocupacional
Reg. Prof. 2250/08
Lic. No. 023630/14

HENRY ALBERTO ZARATE ZARATE
RM: 80161938

Felipe Bello

JUAN FELIPE BELLO SANCHEZ
CC 1010110307

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos
Identificación
Fecha de Nacimiento
Genero
Estado civil
Estrato
Dirección
Acompañante
Empresa
Ciudad - Sede

JUAN FELIPE BELLO SANCHEZ

CC
2000-06-02
M
Soltero
3
direccion

PACIENTE OCASIONAL
Bogotá, D.C.

Nro
Edad
RH
Escolaridad
Ciudad
Telefono
Tel_Acompañante
Cargo
Sede

1010110307
22
B +
Universitario
Bogotá, D.C.
3197484272
ENFERMERO
CENDIATRA NORTE 86

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION		
OCUPACION		
LUGAR DE RESIDENCIA		
NOMBRE DEL RESPONSABLE		
TELEFONO DE RESPONSABLE		
PARENTESCO		
TIPO VINCULACION		
DATOS EMPRESA		
RAZON SOCIAL		
ACTIVIDAD ECONOMICA		
CARGO		
ACTIVIDADES EXTRALABORALES		
COSTURA	NO	
USO DE VIDEOJUEGOS	NO	
USO DE INSTRUMENTOS	NO	
PRACTICAR DEPORTE	NO	
ACTIVIDADES HOGAR	NO	
ACTIVIDADES MANUALES	NO	
ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR		
ESPECIFICOS		
ARTRITIS REUMATOIDEA	NO	
OSTEOARTRITIS	NO	
AMPUTACIONES	NO	
ENF MUSCULARES	NO	
ARTRALGIAS ARTRITIS	NO	
LIMITACION FUNCIONAL	NO	
SD TUNEL CARPO	NO	
ENF DE LA COLUMNA	NO	
CERVICALGIA	NO	
LUMBALGIA	NO	
MIALGIAS	NO	
TENDINITIS	NO	
RADICULOPATIAS	NO	
TENDINITIS BURSITIS	NO	
ESGUINCES	NO	
FRACTURAS	NO	
DORSALGIA	NO	
PARESTESIAS DISESTESIAS	NO	
DESCRIPCION		
EXAMEN FISICO		
COLUMNA INSPECCION		
POSTURA	NORMAL	
ALINEACION	NORMAL	
SIMETRIA	NORMAL	
ESCOLIOSIS	NORMAL	
COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES		
OBSERVACIONES		
EXTREMIDADES		
HOMBRO	NORMAL	
BRAZO	NORMAL	

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2022-11-17

Fecha impresión :
2022-11-17

CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	
PRUEBAS ESPECIFICAS	
PRUEBA DERECHA	
DOMINANCIA	DERECHA
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
PRUEBA IZQUIERDA	
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
DIAGNOSTICOS	
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



Dra. T. Johanna Yepes G.
Médico Especialista RL/SS1
Licencia No. 6347

TARIN JOHANNA YEPES GUERRERO
RM: 52140749
Firma y sello del médico evaluador

Felipe Bello

JUAN FELIPE BELLO SANCHEZ
Documento: CC 1010110307
Firma del trabajador