CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.873

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	01 MES	2022 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	56 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS	CC	49740167
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	VISIOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: LARA LOPEZ JUAN CAMILO	Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA
R. M.: 4152-08 L.S.O.: 0342	CC: 49740167

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 14475

Fecha: 24/01/2022 Ciudad: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps:

CC: 49740167 Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA Edad: 56 AÑOS 7 M Genero: FEMENINO

Fecha Nacimiento: 05/06/1965 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: ADMINISTRATIVO

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL	ADMINISTRATIVO	NINGUNA	NO APLICA	14	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	VERTIGO
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	CARRO
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

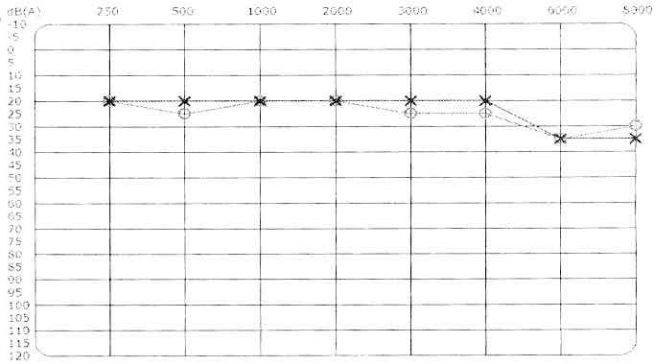
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLAID A177 PLUS F. Ultima Calibración: 2021-08-03

○ : Via aérea del OD × : Via aérea del OI

< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	25	20	20	25	25	35	30
VAOI	20	20	20	20	20	20	35	35

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: CONTRERAS PINTO LUZ MARINA

R. M.: 2-C-82 L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA

CC 49740167

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES Atención N°: 17,362

Fecha: 24/01/2022 Municipio: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) CC: 49740167 Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPE Edad: 56 AÑOS 7
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: ADMINISTRATIVO Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VALLEDUPAR Motivo Consulta: ASINTOMATICA

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	LECTURA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	2.00	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	2.00	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: BLANCO VILLADIEGO LEYDY YANETH
R. M.: 2105 L.S.O.:

PACIENTE

Firma:
Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA
CC: 49740167