Cendiatra

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

SEDE	CENDIATRA ZONA FRANCA	**DIRECCIÓN**	Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-12	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	YURISETH PEÑATE SANCHEZ			Identificación CC	Nro 1065653130
Fecha de Nacimiento	1993-04-20	**Edad**	29	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Fecha Ingreso	2023-01-12 15:30:14	**Fecha Salida**	2023-01-12 15:33:20		

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO CON RECOMENDACIONES
Observaciones:
USO DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

SI
Observaciones:
CONTROL OPTOMETRIA ANUAL POR EPS

OTRAS.

SI
Observaciones:
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A RIESGO Y EXPOSICION

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

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.

Andrés Camilo Rivera Paez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 4925/0905/2017
R.M. 1024491478

ANDRES CAMILO RIVERA PAEZ
RM: 1024491478
Firma y sello del médico

YURISETH PEÑATE SANCHEZ
CC 1065653130
Firma del trabajador

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresion: 2023/01/12
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA ZONA FRANCA	**DIRECCIÓN**	Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-12	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	YURISETH PEÑATE SANCHEZ			Identificación CC	Nro 1065653130
Fecha de Nacimiento	1993-04-20	**Edad**	29	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Fecha Ingreso	2023-01-12 15:26:54	**Fecha Salida**	2023-01-12 15:27:30		

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
OTROS	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/50
SIN CORRECCION OI	20/200
SIN CORRECCION AO	20/50
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	1 Mts.
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de Impresión: 2023/01/12

www.cendiatra.com

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

Ma. Consuelo Alvarez Garzon
OPTOMETRA
Reg. 52.336.320

MARIA CONSUELO ALVAREZ GARZON
RM: 52336320

YURISETH PEÑATE SANCHEZ
CC 1065653130