



Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirrección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203

Teléfono: (57 1) 7443001

Web: www.cendiatra.com

Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Norte 106 - 93
servicio.cliente@cendiatra.com

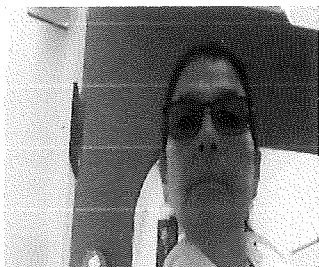
FECHA DE EXAMEN

2020-06-17

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos YOLANDA LAVERDE ARIAS

Identificación CC Nro 65713433

Fecha de Nacimiento 1968-07-05

Edad 51 Sexo F

Empresa PARTICULAR/NORTE

Cargo ENFERMERA JEFE

Fecha Ingreso 2020-06-17 09:37:14

Fecha Salida 2020-06-17 09:44:19

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SI

Observaciones:

CONTROL ANUAL

NO PRESENTA

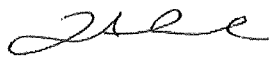
OTRAS:

CONTROLES

título

OTROS

NO PRESENTA


Johana Rodríguez Conde M.D.
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia No. 4342/2017



JOHANA ASTRID RODRIGUEZ CONDE

RM: 52397511

Firma y sello del médico

YOLANDA LAVERDE ARIAS

CC 65713433

Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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.

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Norte 106 - 93
servicio.cliente@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2020-06-17

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	YOLANDA LAVERDE ARIAS		Identificación CC	Nro 65713433	
Fecha de Nacimiento	1968-07-05	Edad	51	Sexo	F
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	ENFERMERA JEFE				
Fecha Ingreso	2020-06-17 09:58:21	Fecha Salida	2020-06-17 10:02:10		

DATOS EMPRESA

CARGO

ENFERMERA JEFE

ANTECEDENTES PERSONALES

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

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	20/400
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/400
CON CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/400
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	4 Mts.
CON CORRECCION OD	0.75 cm
SIN CORRECCION OI	4 Mts.

CON CORRECCION OI	0.75 cm
SIN CORRECCION AO	4 Mts.
CON CORRECCION AO	0.75 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	-
SIN CORRECCION OI	-
SIN CORRECCION AO	-

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	PTERIGIO GRADO I LADO NASAL

COVER TEST

LEJOS	0
CERCA	X
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	5 CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NSE
OI	NSE

OFTALMOSCOPIA

OD	NSE
OI	NSE

REFRACCION

OJO DERECHO

ESTATICA	-
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-

OJO IZQUIERDO

ESTATICA	-
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	-
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO

RX EN USO

OD	-
OI	-

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H520: Hipermetropía
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H524: Presbicia
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H110: Pterigión

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	CONTINUAR CON RX ACTUAL
CONTROL ANUAL	SI	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	

VALORACION OPTOMETRICA

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.


YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1016446948



YOLANDA LAVERDE ARIAS
CC 65713433