CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 74.564

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	07 MES	2022 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROMERO TORO DERLY ALEJANDRA	FEMENINO	29 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1061761557 (Número)

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *SIN RESTRICCION*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : IR A VALORACION DE OPTOMETRIA, DEFINIR USO DE GAFAS	USO DE EPP : ACORDES A TAREAS	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONSULTAS P Y P - PREVENTIVAS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EDUCAR EN CUIDADOS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : HACER AL MENOS 3 DIAS X SEMANA
	CAPACITACIÓN : PROMOVER EDUCACIÓN CONTÍNUA EN SST EMPRESARIAL, AUTOCUIDADO INTEGRAL Y HÁBITOS DE VIDA Y DE TRABAJO SALUDABLES, PROPICIAR UN AMBIENTE DE TRABAJO SEGURO Y DE SANA CONVIVENCIA, EDUCAR EN USO DE EPP/EPI REQUERIDOS, PREVENCIÒN DE EVENTOS AL/EL Y REPORTE OPORTUNO DE DICHOS EVENTOS.	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE ATIENDE A TRABAJADOR CON PROTECCIÓN SEGÚN BIOSEGURIDAD POR PANDEMIA SARS COV2, CON TAPABOCAS N95, BATA ANTIFLUIDO, USO DE GEL DESINFECTANTE Y ALCOHOL PARA MANOS Y SUPERFICIES.

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

Firma: Angela M. Quintero B. Mc. Especialista RM. 19737 Salud Ocupacional

Nombre: QUINTERO BOLAÑOS ANGELA MARIA

R. M.: 19737/98 L.S.O.: 00364/

Código de Seguridad
E670K1Q74564

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ROMERO TORO DERLY ALEJANDRA

CC: 1061761557

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 25-jul.-22 Nombre: Derly Alejandra Romero Toro ID: 1061761557 Edad: 29 ☐ Sexo Tel: 3132231787

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Instructor

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☐ Gafa ☐ VL ☐ VP

Tipo de gafa que usa: No Usa ültimo control : Más de 1 año

Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av Vl ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopía ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

Riesgos Ocupacionales ☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐Esquirlas ☐Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☐ AV VL CC Av OD: 20/40 AV OI: 20/40 AV A.O : 20/40 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☐ AVVPCC A.V OD: 20/40 A.V OI: 20/40 A.V AO: 20/40 Stereopsis: n VB Foria VP:

Rx OD: -0,50 20/20 Rx OI: -0,50 Av OI: 20/20 Add OD: Av:

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: AV:

Gafa Recomendada:

Presión Intra Ocular:

PIO OD: 12 PIO OI: 12 Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Miopía Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

Evaluado Por: Africany ☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

Notas: Paciente que al llegar se hizo proceso de desinfección en zapatos y manos, se tomó temperatura y saturación, datos registrados en el formato adecuado para ese fin, se le atendió,cumpliendo con todo el protocolo de EPP, gorro, careta, gafa, tapabocas, bata antifluido y guantes. Previamente se ha hecho desinfección del area de atención del paciente, equipos y áreas de contacto del paciente con el medio ambiente del consultorio. Se recomeinda el uso de la gafa.

