CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

CMO OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CR 1100117751 01/02
NIT. 900.171.517 -3

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Erika Tatiana Hidalgo	EDAD: 22	FECHA: 6/12/22
IDENTIFICACIÓN:	1071 344 572	TELÉFONO: 321 433 3343	
CARGO:	Docente	EMPRESA: Cobermocoa Chucuri	

C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme u oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada. Igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud.

Consentimiento: Yo _____

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN: Docente — TIEMPO EN ESTE OFICIO: 3 años

UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN? SI ____ NO X CUAL? N/A

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/20	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	20/20	
Cerca OI	20/20	
Cerca AO	20/20	

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: OK	OI: OK	AO:
Necesidad de corrección óptica:	NO		
Cromática:	NORMAL X		ANORMAL
Test Estereopsis:	Normal		
INTERPRETACIÓN:	Normal		
OBSERVACIONES:	Usar EPP visual		
RECOMENDACIONES:	Autocuidado		

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

REPORTE DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACIÓN:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO		
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL _____ FIRMA TRABAJADOR _____

REPORTE DE AUDIOMETRÍA

Nombre	Erika Tatiana Hidalgo Pinedo	**Fecha**	28 01 2022		
Documento	1023045193	**Edad**	22	**Sexo**	F
Empresa	Gobernación de Cundinamarca.	**Cargo**	Docente		

Consentimiento: Yo _____ C.C. _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la valoración física que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme u oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada. Igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me aclarara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud.

Ha trabajado en ambientes ruidosos?	**SI**		**NO**	X				
Utilizaba protectores auditivos?	**SI**		**NO**	X	**Copa**		**Desechables**		**Anatómicos**	

Ha presentado alguna de las siguientes condiciones?	**SI**	**NO**
Otalgia		
Otitis		
Otarrea		
Traumas		
Cirugías		
Acúfenos		
Transtorno equilibrio		
Hipertensión esencial		
Sinusitis		
Otros		

Realiza o practica alguna de las siguientes actividades?	**SI**	**NO**
Motocicleta	X	
Práctica polígono		
Práctica de tejo		
Escucha música con audífonos		
Música alto volumen		
Discotecas		
Instrumentos musicales		
Otros		

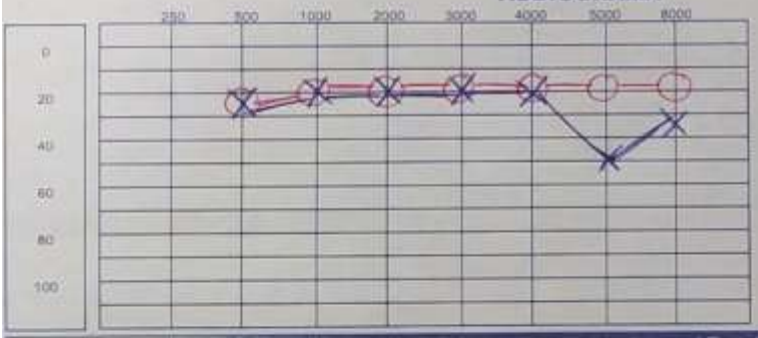
Fecha última audiometría realizada

1 AÑO aprox.

OTOSCOPIA

NORMAL			**OBSERVACIONES - COMENTARIOS**
OÍDO	**SI**	**NO**	
OD	X		CAE-Normal
OI	X		

AUDIOGRAMA



Diagnóstico

OD= Audición Normal.

OI= Disminución Auditiva de grado leve A moderado para frecuencias de 6000Hz y 8000Hz.

Recomendaciones / Observaciones / Remisiones

Control con Audiología semestral.

Dra. Tatiana Romero Guaje
Fonoaudióloga
Compañía Ltda.
C.C. 1023955.593

Firma profesional | **Firma trabajador**

RESULTADO DE LABORATORIOS

Glicemia	2 días	**Colesterol total:**	178	**Triglicéridos**	67
Serología	**Reactiva:**		**No reactiva:**		
Coprológico	**Sin parasitos:**		**Con parasitos:**		
Frotis de garganta	**Normal:**				
KOH uñas	**Sin hongos:**		**Con hongos:**		
Uroanálisis	**Normal:**	**Anormal:**	**Hemograma:**	**Normal:**	**Anormal:**
Otros					

Dra Geminis Castro Rojas
C.C. 52844187
Bacteriologa
TP MC

Principal: Cra. 21 No. 26 - 52 Sur * Tel: 408 15 80 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel: 239 78 87 * 347 8768
Barrio Olaya - www. centromedicoolaya.com - centromedicoolaya@gmail.com

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD
CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confié su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado médico es válido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 28/01/22	INGRESO X	EGRESO	PERIODICO	TRAB. EN ALTURAS X	ESPAC. CONFINADOS	MAN. ALIMENTOS	
NOMBRE	ERIKA TATIANA HIDALGO PARRADO			IDENTIFICACION	1.071.304.572		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO X	AUDIOMETRÍA X	OPTOMETRIA X	ESPIROMETRÍA	LABORATORIO CLÍNICO X	PRUEBA VESTIBULAR		

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
CARGO	DOCENTE

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	MEDICO, AUDIOMETRIA: ANORMAL, VALORACION VISUAL: NORMAL, GLICEMIA: NORMAL, COLESTEROL TOTAL: NORMAL, TRIGLICERIDOS: NORMALES.		
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS**: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO**: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO**: prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES**: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales.		
TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA APTO PARA TRABAJO EN ALTURA	OBSERVACION	EL(LA) TRABAJADOR/A REFIERE NO PRESENTAR ENFERMEDADES DE RIESGO DE MORBILIDAD COVID 19

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Titulo III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017), Capacitar en manejo de cargas (Res 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas-charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas. Doble protección auditiva.

PABLO HERNANDEZ Pablo Hernández Jiménez Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional RM 6902/19	FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el **sello seco** de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de (1) a seis (6) años. **(Artículo 289 del Código Penal Colombiano).**

Principal: Cra. 21 No. 26 - 52 Sur * Tel: 408 19 86 * Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 Sur * Tel: 239 7687 - 347 8768 302 545 4106
Barrio Olaya - www. centromedicoolaya.com - centromedicoolaya@gmail.com