



Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: 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 CENTRO

DIRECCIÓN

Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes

TELÉFONO

2826429 - 3424934

EMAIL

[citas.centro@cendiatra.com](mailto: citas.centro@cendiatra.com)

FECHA DE EXAMEN

2023-02-07

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos SANDRA MILENA GARZON BELTRAN Identificación CC Nro 52265777
Fecha de Nacimiento 1976-08-23 Edad 46 Sexo F
Empresa PACIENTE OCASIONAL
Cargo ADMINISTRATIVO
Fecha Ingreso 2023-02-07 09:56:36 Fecha Salida 2023-02-07 15:21:42

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

EXAMEN OPTOMETRICO

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

COLESTEROL TOTAL

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TRIGLICERIDOS

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

SI

Observaciones:

SOPORTE NUTRICIONAL - ACTIVIDAD FÍSICA

SI

Observaciones:

USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA

CONTROL ANUAL

VALORACION OPTOMETRICA

OTRAS:

SI

Observaciones:

SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA PARA CONTROL POR ALTERACIÓN METABÓLICA - DIETA HIPOGRASA - VALORACIÓN POR NUTRICIÓN.

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.

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Lic/Res. 1640-13-05-2022

ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS

RM: 35264898

Firma y sello del médico

SANDRA MILENA GARZON BELTRAN

CC 52265777

Firma del trabajador

| | | | |
|-----------------|-------------------|----------------|---------------------------------------|
| SEDE | CENDIATRA CENTRO | DIRECCIÓN | Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes |
| TELÉFONO | 2826429 - 3424934 | EMAIL | citas.centro@cendiatra.com |
| FECHA DE EXAMEN | 2023-02-07 | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO |

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos | SANDRA MILENA GARZON BELTRAN | Identificación CC | Nro 52265777 |
| Fecha de Nacimiento | 1976-08-23 | Edad | 46 |
| Sexo | F | | |
| Empresa | PACIENTE OCASIONAL | | |
| Cargo | ADMINISTRATIVO | | |
| Fecha Ingreso | 2023-02-07 09:43:05 | Fecha Salida | 2023-02-07 09:43:10 |

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

| | |
|---|------------|
| DIABETES | NO |
| CIRUGIA OCULAR | NO |
| GLAUCOMA | NO |
| HIPERTENSION ARTERIAL | NO |
| ALERGIAS | NO |
| PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN? | NO |
| | UCV 3 AÑOS |

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 |

AGUDEZA VISUAL

| | |
|-------------------|---------|
| VISION LEJANA | |
| SIN CORRECCION OD | 20/50 |
| SIN CORRECCION OI | 20/40 |
| SIN CORRECCION AO | 20/40 |
| VISION PROXIMA | |
| SIN CORRECCION OD | 0.50 cm |
| SIN CORRECCION OI | 0.75 cm |
| SIN CORRECCION AO | 0.50 cm |
| ESTENOPEICO | |
| SIN CORRECCION OD | 20/20 |
| SIN CORRECCION OI | 20/20 |

| | |
|----|--------|
| OD | NORMAL |
| OI | NORMAL |

COVER TEST

| | |
|------------------|----------|
| LEJOS | ORTHO |
| CERCA | EXOFORIA |
| HIRSCHBERG | CENTRADO |
| P.P.C | 6 |
| MOTILIDAD OCULAR | NORMAL |

QUERATOMETRIA

| | |
|----|---|
| OD | - |
| OI | - |

OFTALMOSCOPIA

| | |
|----|----------------------|
| OD | MEDIOS TRANSPARENTES |
|----|----------------------|

REFRACCION

| | |
|---------------|------------|
| OJO DERECHO | |
| ESTATICA | -0.50-0.50 |
| OJO IZQUIERDO | |
| ESTATICA | -0.25-0.50 |

TEST ADICIONALES

| | |
|------------------|--------|
| VISION CROMATICA | NORMAL |
| ESTERIOPSIS | NORMAL |
| TITMUS | NO |
| RX EN USO | |

DIAGNOSTICO

| | |
|------------------------|---|
| DIAGNOSTICO 1 | H522: Astigmatismo |
| DIAGNOSTICO PATOLOGICO | H521: Miopía |
| OBSERVACIONES | REQUIERE LENTES PARA VISION LEJANA, CONTROL ANUAL. SE RECOMIENDAN PAUSAS VISUALES EN FIJACION PROLONGADA. |

RECOMENDACIONES

| | |
|--------------------------|----|
| REQUIERE FORMULA | SI |
| CONTROL ANUAL | SI |
| VALORACION OFTALMOLOGICA | NO |
| VALORACION OPTOMETRICA | SI |

FORMULA OPTOMETRIA

| | |
|-----------------|----|
| GENERAR FORMULA | NO |
|-----------------|----|

HISTORIA MANUAL

| | |
|----------------|----|
| FORMATO MANUAL | NO |
|----------------|----|

FORMULA OPTOMETRIA


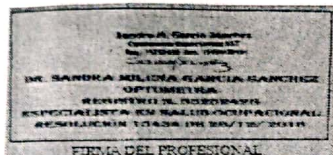
| | |
|---------|--|
| OD | |
| OI | |
| ADICION | |

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas

araclínicas 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.



SANDRA MILENA GARCIA SANCHEZ

RM: 35252428

SANDRA MILENA GARZON BELTRAN

CC 52265777

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|------------------------------|---------------|-------------------------|
| Nombres y Apellidos | SANDRA MILENA GARZON BELTRAN | No. Documento | 52265777 |
| Identificación | CC | Edad | 46 años 5 meses 15 días |
| Fecha de Nacimiento | 1976-08-23 | Empresa | PACIENTE OCASIONAL |
| Sexo | F | Sede | CENDIATRA CENTRO |
| Fecha toma | 2023-02-07 09:25:00 | | |

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|-----------|-----------|-----------------------------|--|
| RESULTADO | 93 | Unidad de referencia: mg/dl | Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126 |

ANALISIS

COLESTEROL TOTAL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|-----------|-----------|------------------|--|
| RESULTADO | 219 | mg/dl | Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl |

TRIGLICERIDOS


| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|-----------|-----------|------------------|---|
| RESULTADO | 417 | mg/dl | Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl |

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|-----------|-----------|------------------|---------------------|
| RESULTADO | 37 | mg/dl | Normal:>40 mg/dl |

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|-----------|-----------|------------------|---|
| RESULTADO | 98.6 | mg/dl | Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl |


Dayana Rodríguez H.
Bacteriología
T.P. 00607

DAYANA RODRIGUEZ HINOJOZA
1065611379
Firma y sello del médico evaluador