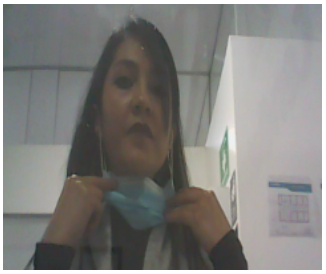
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@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	2022-01-18	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LAURA ANDREA ESPINEL CASTRO			Identificación CC	Nro 1049621473
Fecha de Nacimiento	1990-06-28	**Edad**	31	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/ZONA FRANCA				
Cargo	PROFESIONAL ESPECIALIZADO				
Fecha Ingreso	2022-01-18 08:36:48	**Fecha Salida**	2022-01-18 10:58:31		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:	SI Observaciones: PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL.

INGRESO_PROGRAMA_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.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Andrés Camilo Rivera Paez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 4925/09052017
R.M. 1024491478

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

LAURA ANDREA ESPINEL CASTRO
CC 1049621473
Firma del trabajador

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-01-18

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LAURA ANDREA ESPINEL CASTRO		
Identificación	CC	**No. Documento**	1049621473
Fecha de Nacimiento	1990-06-28	**Edad**	31 años 6 meses 20 dias
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR/ZONA FRANCA
Fecha toma	2022-01-18 08:10:00	**Sede**	CENDIATRA ZONA FRANCA

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	241	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

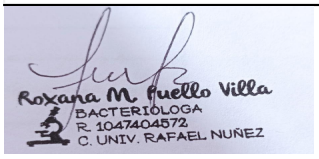
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	140	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	44	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	169	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

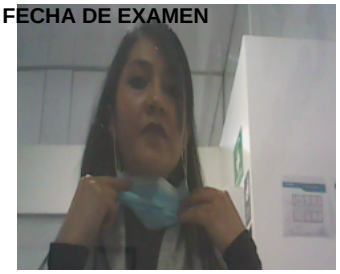


ROXANA MARIA PUELLO VILLA
1047404572
Firma y sello del médico evaluador

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/01/19
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	2022-01-18	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LAURA ANDREA ESPINEL CASTRO		Identificación CC	Nro 1049621473	
Fecha de Nacimiento	1990-06-28	**Edad**	31	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/ZONA FRANCA				
Cargo	PROFESIONAL ESPECIALIZADO				
Fecha Ingreso	2022-01-18 08:22:15	**Fecha Salida**	2022-01-18 08:22:25		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	NO REFIERE
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	USA RX HACE 4 AÑOS

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	0.50 cm

ESTENOPEICO

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTOFORIA
CERCA	EXOFORIA
HIRSCHBERG	CENTRADO
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	FO APARENTEMENTE NORMAL
OI	FO APARENTEMENTE NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO

ESTATICA	N-0.25X90
CICLOPLEJIA	AV 20/20

OJO IZQUIERDO

ESTATICA	N-0.25X90
CICLOPLEJIA	AV 20/20

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO

RX EN USO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI	RX USO FIJACIÓN PROLONGADA
CONTROL ANUAL	NO	
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO	
VALORACION OPTOMETRICA	NO	

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 paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/01/19
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.



MARIA CONSUELO ALVAREZ GARZON
RM: 52336320

LAURA ANDREA ESPINEL CASTRO
CC 1049621473