

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

PROFESIONAL INDEPENDIENTE

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	Subred de Salud Sur		
Dir:			
Fecha:	Agosto 30/2022	Cargo:	Enfermera.
Nit:			
Tipo de examen	Ingreso	Periódico	Retiro
	SI		
Trabajo en alturas	No		

TRABAJADOR			
Apellidos	Vega De Alba	Nombres	Kelly Johanna
ID:	45.554.409	Tel:	301 334 787
Pofesión:	Enfermera Profesional	Sexo	F.
		Edad	38
		Diestro	
		Zurdo	SI

Con los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL	SI	OPTOMETRÍA	SI	AUDIOMETRÍA	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ELECTROCARDIOGRAMA		ESPIROMETRÍA	
GLICEMIA		COLESTEROL		TRIGLICÉRIDOS	
Otros					

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones		Puede continuar su labor	
Apto con restricciones que no limitan su labor		Puede continuar con reubicación laboral	
Apto para el cargo	SI	Examen de retiro satisfactorio	
Aplazado por restricciones		Examen de retiro con patología	
Apto para trabajo en alturas.	No	No apto	

Restricciones médicas ocupacionales

No Presenta.

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal	SI	Valoración por:	
Hacer pausas activas.	SI	Reubicación laboral temporal.	
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio.	SI	Rehabilitación ocupacional.	
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica		Realización de pruebas complementarias	
Otras	Usar anteojos		

Médico Licencia en Salud Ocupacional

NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO

C.C: 45554409

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud TRABAJADOR EXAMINADO

Indice de rech

ANEXO OSTEOMUSCULAR

Día <u>30</u>	Mes <u>Agosto</u>	Año <u>2022</u>	
TIPO DE EXAMEN	Ingreso <u>SI</u>	Periódico <u>—</u>	Retiro <u>—</u>

Apellidos <u>Vega de Alba</u>	Nombres <u>Kelly Johanna</u>
ID: <u>45.554.409</u>	Sexo <u>Fem</u> Edad: <u>38 años</u>

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA			REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC.	SÍNTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cervicalgia		✓	
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Dorsalgia		✓	
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Lumbalgia		✓	
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Artralgia		✓	
	FLEXION		EXTENSION	FLEXION		EXTENSION	Tendinitis		✓	
Codo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Amputaciones		✓	
Rodilla	✓	✓	✓	✓	✓	✓				


COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis? <u>NO</u>	Escoliosis? <u>NO</u>	Lordosis? <u>NO</u>	Flexión <u>Normal</u>
-------------------	--------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------

SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	
Bíceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T.Carp)	
Tríceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T.Carp)	
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	<u>normal</u>
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones L5S1	✓		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO. LESIONES LABORALES ÓSEAS O MUSCULARES .?

Limitaciones:	<u>NO</u>
Malformaciones	<u>NO</u>
Secuelas:	<u>NO</u>

RECOMENDACIONES.

<p>Dr. Gustavo Contreras Salamanca Médico Especialista Salud Ocupacional L.S.O: 15006 de 2015 Secretaría Distrital de Salud</p> <p style="text-align: center;"><i>[Firma]</i></p> <p style="text-align: center;">NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO</p> <p style="text-align: center;">MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL Licencia S.O. N° 15006/2015 S.D.S.</p>	<p style="text-align: center;"><i>[Firma]</i></p> <p style="text-align: center;">C.C. <u>45554409</u></p> <p style="text-align: center;">Trabajador Examinado</p>	
---	---	---

v. 1-2022

CERTIFICADO DE VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

OPTOMETRIA ☐
VISIOMETRIA ☒

Nombres y Apellidos: Kelly Johanna Vega De Alba

Identificación: CC 45554409

Sexo
F ☒ M ☐

Edad
38 años

Empresa
Sobred Sur

Fecha 30 08 22

EPS Nueva Eps

ARP Sura

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Kelly Johanna Vega De Alba, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual 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 mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumpla los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación

Enfermera Profesional

Tiempo en este Oficio

15 años

Exigencia Visual de Oficio

Visión Lejana (20/200) Visión Próxima (20/200)

¿Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos?

SI ☒ NO ☐

¿Por qué?

¿Utiliza alguna protección?

SI ☐

NO ☒

¿Cuál?

Oficios anteriores 1.

Tiempo

2.

Tiempo

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Fecha último examen de Visiometría

Dic 2021

Tiene lentes formulados

SI ☐

NO ☒

Último cambio

NO

Utiliza la corrección actualmente

SI ☐

NO ☒

Tipo de Lentes: Progresivos ☐

Bifocales ☐

Monofocales ☐

Lentes de contacto ☐

2 pares de RX ☐

Forma de uso: Permanentes ☐

Ocasionales ☐

V. Lejana ☐

V. Próxima ☐

Síntomas SI ☐

NO ☐

¿Cuál?

Examen Externo

OD: normal

OI: normal

Examen Motor

Normal ☒

Anormal ☐

Oftalmoscopia

ODI Normal ☒

Anormal ☐

Agudeza Visual OD 20/30

OI 20/20

V. Próxima

OD 050

OI 050

PH

OD

OI

Con corrección

OD

OI

Retinoscopia

OD

AV

OI

AV

OD

AV

RX Final

OD

AV

OI

AV

V Cromática

Normal ☒

Anormal ☐

Test de esteropsis

40.

Segundos de arcos

IDX

Autismo

Uso de RX

SI ☒

NO ☐

Interpretación:

Paciente con leve dificultad en visión

Observaciones: Uso de Rx permanente.

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual

SI ☒

NO ☐

Uso de Protección Visual

SI ☒

NO ☐

Remisión a la EPS

SI ☒

NO ☐

FIRMA OPTOMETRA

FIRMA DEL PACIENTE