IPS en SALUD
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MEDICINA ESPECIALIZADA Y ULTRASONIDO

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolucion 2005 del 23 de mayo de 2022

Habilitación Nro. 1100138158
del 3 de marzo de 2022



Nro. 7984

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA : 09/11/2022 HORA:15:4	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: LADY JOHANNA ACUÑA LEGUIZAMON	DOCUMENTO: 1023903802	EDAD: 32 GENERO: F
Empresa: PARTICULAR	Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tel: 3229086327 -

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Preocupacional o Ingreso

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

Se certifica al trabajador para laborar Apto Para el Cargo Sin Restricciones, según resultados del cuestionario, valorización medica ocupacional y para clínicos según resolución N° 4272 del 27 de Diciembre del 2021

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	**SI**	Respiratorio	NA	Espirometria	NA
Dermatologia	NA	Audiometria	NA	Osteomuscular	**SI**
Visiometria	**SI**	Cardiovascular	NA	Optometria	NA
Prueba de equilibrio	NA		NA		NA

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Glicemia	NA	Trigliceridos	NA	Colesterol	NA
Cuadro Hematico	NA	Serologia	NA	Parcial de Orina	NA
Coprologico	NA	Frotis Faringeo	NA	KOH Uñas	NA

RECOMENDACIONES

Pausas Activas	Si	Uso de elementos de protección personal	Si	Control audio métrico	NA
Control optométrico periódico	NA	Uso de lentes permanentes	NA	Estilos de vida saludable	NA
Evitar posturas prolongadas	Si	Control medico ocupacional anual	NA	Higiene postural	Si
Valoración por medicina laboral	NA	Uso de doble protección auditiva	NA	Uso de lentes visión cercana	NA
Control de tensión arterial	NA	Dieta y Ejercicio fisico semanal	NA	Valoración y manejo en EPS	NA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LECTURA OBLIGATORIA ANTES DE FIRMAR

He comprendido el objetivo, propósito, beneficios y riesgo del examen médico, paraclínico y/o ocupacionales que se me practicaron. Certifico que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y que se plasmaron en este documento son veraces y completas. Entiendo que este es un proceso voluntario y libre de toda cohesión, fui informado de las medidas que el profesional de SST que labora en IPS EN SALUD tomara para proteger la confidencialidad de la información alli expuesta, AUTORIZO para que den a conocer sea por medio electrónico o fisico esta información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente para el adecuado cumplimiento del SGSST. Hago constar con mi firma que h leído y comprendido lo anteriormente expuesto y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Dra. Gloria L. Vega
Especialista Seguridad y Salud en el Trabajo
Medico Familiar y Ultrasonido
U. de Buenos Aires A.R. EAN Y FUAA
RM: 11382

lady J Acuña

LICENCIA No. 250425 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No 1023903802	6013

	MACROPROCESO SERVICIO DE SALUD	
IPS en SALUD	**Nombre del proceso:** SERVICIO DE OPTOMETRIA	**CODIGO: OPTO-FOR-01**
	Nombre del documento: FORMATO OPTOMETRIA	**Versión 1** **Fecha: 01/06/2022**

EMPRESA:	FECHA: 9/11/22
TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ ALTURAS ☐	

I. INFORMACION GENERAL DEL USUARIO

NOMBRE: Leidy Johana Acuña Leguizamon.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1023903802
GENERO: F	EDAD: 32 años.
CARGO QUE DESEMPEÑARA EN LA EMPRESA:	EPS: Compensar

II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION: Enfermera. TIEMPO EN ESTE SERVICIO: _____
EPP QUE UTILIZA: _____
CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS: SI [X] NO ☐
PORQUE: ----------

III. EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

LE HAN PRACTICADO VISOMETRIAS ANTERIORMENTE: Si USA GAFAS: No
HACE CUANTO TIEMPO: _____ FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES: _____
USA LENTES DE QUE TIPO: _____

EXAMEN EXTERNO: OD Normal OI Normal	ESTADO MOTOR Sin Alteración AO.

IV. EVALUACION DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	CON CORRECCION	SIN CORRECCION
LEJOS OD		20/25
OI		20/20
AO		20/20
CERCA OD		05M
OI		05M
AO		05M

OFTALMOSCOPIA DIRECTA: Sin Alteración **IDX:** Astigmatismo Leve.
USO DE CORRECCION VISUAL: No Aplica **OBSERVACIONES:**
CROMATICA: **OBSERVACIONES:**
TEST ESTEREOPSIS:
INTERPRETACION:

RECOMENDACIONES LABORALES

USO DE EPP ADECUADOS | CONTROL ANUAL X | INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

FIRMA Y SELLO OPTOMETRA
1023936628.