

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 17/05/2023 14:27:39

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LAURA VANESA ROJAS CASTILLO

C.C 1000254639

EDAD 21 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☒

Optometría ☐

Audiometría ☒

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☐

NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐

Otros ☐

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS /INGRESAR SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO OSTEOMUSCULAR

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

OBSERVACION:

DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 17/05/2023 14:27:39

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LAURA VANESA ROJAS CASTILLO

C.C 1000254639

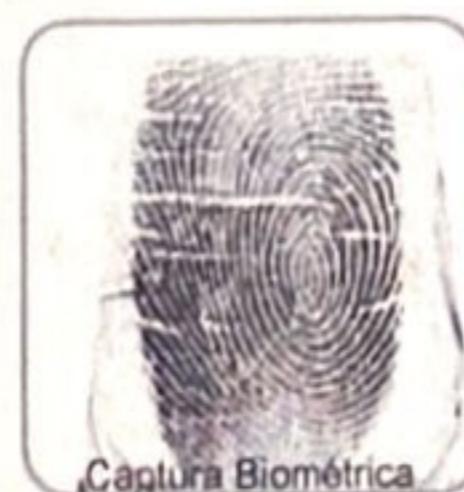
EDAD 21 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. Henry Cedeño C.
Medico Especialista Gerencia y
Control de Riesgos Profesionales
Res.1960 C.C. 1.028.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA



CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit. 900148264 - 9

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07

Tel: 2784705

VISIOMETRÍA

Fecha examen: 17/05/2023

Doc. Identidad	CC 1000254639	Nombre	LAURA VANESA ROJAS CASTILLO	Fecha Nacimiento	29/11/2001
Entidad	PARTICULAR	Edad	21 años	Ocupación	AUXILIAR DE ENFERMERIA
H.C No	Ingreso <input checked="" type="radio"/>	Periódico	<input type="radio"/>	Retiro	<input type="radio"/>
	Post incapacidad <input type="radio"/>	Trabajo en alturas	<input type="radio"/>	Control	<input type="radio"/>
Empresa	EXM OCUPACIONAL-VISIOMETRIA	Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Ingreso al SVE	<input type="radio"/>
Fondo de Pensión		EPS E.P.S. FAMISANAR LTDA.		Antigüedad del cargo	ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **4 MESES** Usa anteojos: SI ☒ NO ☐ VL ☒ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☒ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☒ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual?

Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☒ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐

Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	20/20		20/200	20/20
OI	20/25	20/20		20/200	20/20
AO					

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival <input type="radio"/>	Pterigio N <input type="radio"/>	Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntival <input type="radio"/>	Pterigio N <input type="radio"/>
Pterigio T <input type="radio"/>	Pinguécula <input type="radio"/>	Nevus <input type="radio"/>	Pterigio T <input type="radio"/>	Pinguécula <input type="radio"/>	Nevus <input type="radio"/>
Blefaritis seborreica <input type="radio"/>	Secreción <input type="radio"/>	Leucoma Corneal <input type="radio"/>	Blefaritis seborreica <input type="radio"/>	Secreción <input type="radio"/>	Leucoma Corneal <input type="radio"/>
Ptois palpebral <input type="radio"/>	Otros:		Ptois palpebral <input type="radio"/>	Otros:	

MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO

Ducciones: N Versiones: N PPC: 4CM

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal <input checked="" type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>	40" ARCO	
OI	Normal <input checked="" type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ametropía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Disminución visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros:		

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Defecto refractivo no corregido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gafas no formuladas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ☒ Valoración por oftalmología ☐

Control Visiometría ☐

RETINOSCOPIA

Refracción:	Subjetivo:	DP:
Esfera	Esfera	AV
Cilindro	Cilindro	ADD
Eje	Eje	
OD	OD	
OI	OI	

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H521 MIOPIA

CONCEPTO

☐ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES