



Cendiatra

SEDE
TELÉFONO

FECHA DE EXAMEN

**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE
INGRESO**

CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

DIRECCIÓN
EMAIL

TIPO DE EXAMEN

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Autopista Norte 106 - 93
citas.norte1@cendiatra.com

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS	Identificación CC	Nro 52169727
Fecha de Nacimiento	1975-02-21	Edad	48
Sexo	F		
Empresa	PACIENTE OCASIONAL		
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Fecha Ingreso	2023-05-03 12:12:23	Fecha Salida	2023-05-03 14:34:57

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VISIONOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

VALORACION OPTOMETRICA

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SI

SI

Observaciones:

CONTROL ANUAL

SI

Observaciones:

CONTINUAR CONTROL MEDICO PERIODICO EPS

NO PRESENTA

VALORACION EPS

OTRAS:

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.

Glady's Mendivelso Vega
GLADYS MENDIVELSO VEGA
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL
LUG No 10428/21

GLADYS MENDIVELSO VEGA

RM: 1042821

Firma y sello del médico

Ana Francisca Pinzon U.

ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS

CC 52169727

Firma del trabajador

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

DIRECCIÓN
EMAIL

Autopista Norte 106 - 93
citas.norte1@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-05-03

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS			Identificación CC	Nro 52169727
Fecha de Nacimiento	1975-02-21	Edad	48	Sexo	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Fecha Ingreso	2023-05-03 14:30:57	Fecha Salida	2023-05-03 14:34:10		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	SI
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

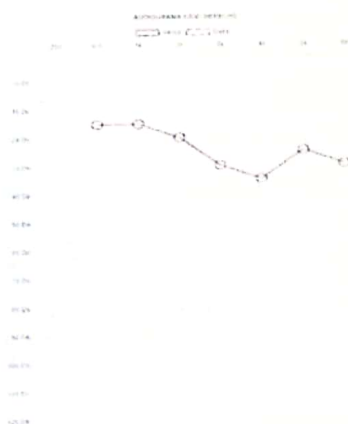
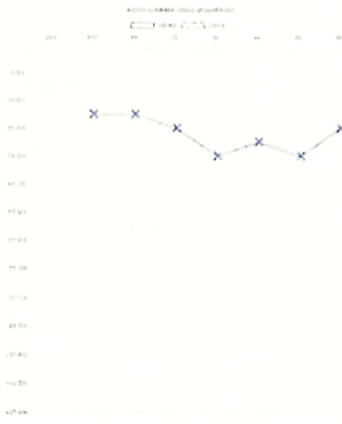
NORMAL 24 DB	BILATERAL
--------------	-----------

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN LIMPIEZA AUDITIVA	SI	1 AÑO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

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



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				15			15			20			30			35			25			30		
OI				15			15			20			30			25			30			20		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	SI
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	SI
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	25
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	22.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB

BILATERAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1

Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA	NO	
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	SI	1 AÑO
CONTROL AUDITIVO EN	NO	
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
COMPLEMENTARIOS		

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

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:

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.

ERIKI XOMARA ESTUPINAN

Dr. Erika X. Estupinan S.
Médico Ocupacional
C.C. 52974388

ERIKA XOMARA ESTUPINAN SANJUAN

RM: 52974388

Firma y sello del médico evaluador

Ana Francisca Pinzon U.

ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS

CC 52169727

Firma del trabajador evaluado

**SEDE
TELÉFONO**
CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

**DIRECCIÓN
EMAIL**

Autopista Norte 106 - 93
citas.norte1@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-05-03

TIPO DE EXAMEN
PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS			Identificación CC	Nro 52169727
Fecha de Nacimiento	1975-02-21	Edad	48	Sexo	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Fecha Ingreso	2023-05-03 12:04:35	Fecha Salida	2023-05-03 12:10:42		

DATOS EMPRESA
EVOLUCION
EVOLUCION NA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	-PACIENTE NO PRESENTA CORRECCION OPTICA EN EL EXAMEN
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NO REFIERE
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO REFIERE

PRUEBA
AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/20
OJO DERECHO	20/20
OJO IZQUIERDO	20/25
ESTEREOPSIS " SEG.	100
VISION CROMATICA	NORMAL
FORIA VERTICAL	NORMAL
FORIA LATERAL	NORMAL

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0.75 cm
OJO DERECHO	0.75 cm
OJO IZQUIERDO	0.75 cm
FORIA LATERAL	NORMAL
ESTENOPEICO	-

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H527: Trastorno de la refracción, no especificado
DIAGNOSTICO 2	H110: Pterigión

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL VISUAL ANUAL
------------------------	----------------------

HISTORIA MANUAL

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



VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2023/05/03
www.cendiatra.com

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:

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 médico 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.

Yudith Estefanía González Antívar
Optometrista
C.C. 1018446945

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446945

Ana Francisca Pinzon V.

ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS
CC 52169727