



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 26.873

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	01 MES	2022 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	56 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS	CC	49740167
Carga				Tipo			
ADMINISTRATIVO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				EVALUACION OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: LARA LOPEZ JUAN CAMILO				Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA			
R. M.: 4152-08				CC: 49740167			
L.S.O.: 0342							



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES				Atención N°: 14475	
Fecha:	24/01/2022	Ciudad:	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)		
Tipo Examen:	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			Eps:	
CC:	49740167	Nombre:	CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA	Edad:	56 AÑOS 7 M
Fecha Nacimiento:	05/06/1965	Empresa:	PARTICULARES	Genero:	FEMENINO
Ocupacion:	ADMINISTRATIVO				

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES					
Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL	ADMINISTRATIVO	NINGUNA	NO APLICA	14	0

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	VERTIGO
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

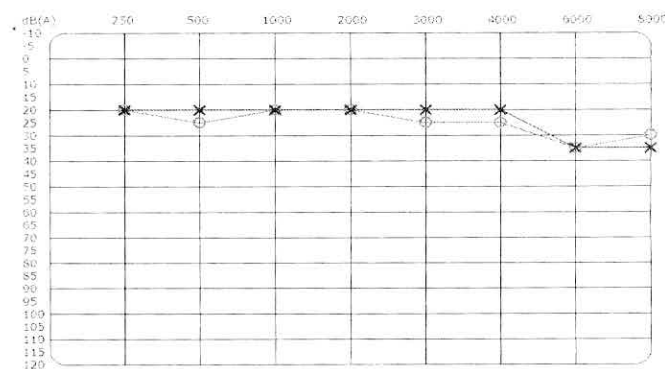
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	CARRO
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA			
Descanso auditivo(Horas) :		Realizó re test:	NO
Marca y Referencia audiómetro utilizado:	AMPLAID A177 PLUS		Uso Cabina Sonoamortiguada:
		F. Ultima Calibración:	2021-08-03

☐ : Via aérea del OD ☒ : Via aérea del OI
☒ : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) ☐ : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA	
Oído derecho:	NORMAL
Oído izquierdo:	NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	25	20	20	25	25	35	30
VAOI	20	20	20	20	20	20	35	35



SEVERIDAD - CAOHC				
Oído derecho:	Normal(0 - 25 dB)		Oído izquierdo:	Normal(0 - 25 dB)
Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
RECOMENDACION			OBSERVACION	
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO				

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:
 Nombre: CONTRERAS PINTO LUZ MARINA
 R. M.: 2-C-82 L.S.O.:

Firma:
 Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA
 CC: 49740167



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 17,362

Fecha: 24/01/2022 Municipio: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) CC: 49740167 Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPE Edad: 56 AÑOS 7
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: ADMINISTRATIVO Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VALLEDUPAR Motivo Consulta: ASINTOMÁTICA

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL
LENTES DE CONTACTO NO USA
MULTIFOCAL NO
TIPO DE USO LECTURA
TRAE RX NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO
USA ANTEOJOS SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	2.00	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	2.00	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Leidy Blanco

Firma: _____
Nombre: BLANCO VILLADIEGO LEYDY YANETH
R. M.: 2105 L.S.O.:

PACIENTE

Elvira Esperanza

Firma: _____
Nombre: CHAMORRO CHAMORRO ELVIRA ESPERANZA
CC: 49740167