MEDICENTER I.P.S EU
SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Teléfono. 584 1739 Cel. 320 492 7431
Carrera 23 No 10- 163 Barrio La Esperanza
medicenterips@hotmail.com
San José - Guaviare



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.150

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2023 AÑO	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
			Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	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)

PARRADO MONTES GINNA PAOLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	32 AÑOS 2 MESES 23 DÍAS	CC	1122649091
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LA NORMALIDAD
- ESQUEMA DE INMUNIZACION PARA HEPATITIS B COMPLETO, SE RECOMIENDA DETERMINAR NIVELES DE AC PARA HEPATITIS B

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. Fuí 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Jesús A. Pitalua C. 95428
Médico Cirujano U. Cartagena
Especialista en Medicina del Trabajo
U. del Valle
RESOLUCIÓN 95428. 1996

Nombre: PITALUA CARRILLO JESUS ANTONIO

R. M.: 345 L.S.O.: 95428

Código de Seguridad
R549X1D14150

Aspirante o Trabajador

Firma:

Ginna Paola Parrado montes.

Nombre: PARRADO MONTES GINNA PAOLA

CC: 1122649091

Powered by CamScanner

MEDICENTER I.P.S EU
SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Teléfono. 584 1739 Cel. 320 492 7431
Carrera 23 No 10- 163 Barrio La Esperanza
medicenterips@hotmail.com
San José - Guaviare

Código de Seguridad
R549X33D21773

DATOS PERSONALES **Orden de Servicio N°: 21773**

Municipio: SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** jueves, 26 de enero de 2023 08:23:05 a.m.

Nombres y Apellidos: PARRADO MONTES GINNA PAOLA **CC:** 1122649091 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 03/11/1990 **Edad:** 32 AÑOS 2 MESES 23 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

GLICEMIA

GLICEMIA BASAL

RESULTADO: 90 mg/dl Valor normal 70-100mg/dl

Mary Alexandra Murillo Bohorquez
Bacteriólogo(a) RP: 570

Powered by CamScanner

SALUD VISION S.A.S IPS

SALUD VISION S.A.S IPS
Nit: 900407100 - 1
Teléfono: 3124500965
Celular: 3176480279
Av el retorno carrera 20#10-58
saludvisionsasips@gmail.com

Certificado visual

Fecha 26/01/2023 12:05:45p. m.
Paciente GINA PAOLA PARRADO MONTES
Dirección VILLA ANDREA
Afilición CONTRIBUTIVO NUEVA EPS

001

Documento 1122649091
Edad 32
Ocupación INSTRUCTURA

Historia Nº 1.232
Celular 3168245809
Teléfono 3168245809

Acompañante NO APLICA

Vínculo NO APLICA

Teléfono NO APLICA

Dirección NO APLICA

Motivo consulta PACIENTE ASISTE A VALORACIÓN X SALUD OCUPACIONAL(VISIOMETRÍA)INGRESO LABORAL

Antecedentes personales NO REFIERE

Antecedentes familiares NO REFIERE

AV Lejos

SC	CC
20/ 20	20/ NA
20/ 20	20/ NA

NINGUNA

AV Cerca

SC	CC
0,50 M	NA
0,50 M	NA

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AV VL	AV VC
OD	+0,00	0,00	0	+0,00	0	NA	NA
OI	+0,00	0,00	0	+0,00	0	NA	NA

Oftalmoscopía

AO: Normal

Exámen externo

AO: Normal

Exámen motor

Krimsky No Cover T Sí
VL Ortho
40cm X
20cm X

Diagnóstico ASTIGMATISMO

Disposición SE REMITE VALORACIÓN OPTOMETRÍA
SE EXPLICA CUIDADOS PRIMARIOS OCULARES

Recomendación

SE REALIZA VALORACIÓN BAJO ESTRICTOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DAOS POR LA OMS Y EL MINISTERIO DE SALUD, SE SUGIERE EL USO DE MASCARILLA, DISTANCIAMIENTO FÍSICO Y LAVADO FRECUENTE DE MANOS

Firma

Paola Johanna Peña Amador
OPTÓMETRA
C.C. 22.477.044
F.U.A.A

OD: Ojo derecho
OI: Ojo izquierdo
SC: Sin correción
CC: Con correción
AV: Agudeza visual
AVC: Agudeza visual cercana
AVL: Agudeza visual lejana

Evento adverso: No
Violencia sexual: No

Powered by CamScanner