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° 14.087

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

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)

QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	27 AÑOS 7 MESES 29 DÍAS	CC	1120376275
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

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	✓	PERFIL LIPICO (P.L)	✓
OPTOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)	✓
GLICEMIA	✓	----------	

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LA NORMALIDAD
-RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO SEGUN FRAMINGHAM

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

Médico

Jesus A. Pitalua C. 95428
Médico Cirujano U. Cartagena
Especialista en Medicina del Trabajo
U. del Norte
RESOLUCIÓN 95428. 556

Firma:

Nombre: PITALUA CARRILLO JESUS ANTONIO

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

Código de Seguridad
X549D1J14087

Aspirante o Trabajador

Natalia Quevedo

Firma:

Nombre: QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE

CC: 1120376275

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
Y549E33K21693

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 21693

Municipio: SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 24 de enero de 2023 08:25:47 a.m.

Nombres y Apellidos: QUEVEDO TORRES NATALIA KATERINE CC: 1120376275 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 27/05/1995 Edad: 27 AÑOS 7 MESES 29 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

HEMOGRAMA

HEMATOCRITO:	43% (VN: H: 38-48%. M: 36-44%)
HEMOGLOBINA:	14.3g/dL (VN: H:12.6-16.0 g/dL M: 12.0-14.6 g/dL)
LEUCOCITOS:	6.200/mm3 (VN: 5000-10000/mm3)
NEUTROFILOS:	56% (55 - 70 %)
LINFOCITOS:	40% (25 - 38 %)
EOSINOFILOS:	0% (2 - 4 %)
MONOCITOS:	4% (3 - 6 %)
BASOFILOS:	0% (0 - 1 %)
CAYADOS:	2% (0 - 3 %)
RECUENTO DE PLAQUETAS:	189.000/mm3 VN: 150000-450000 /mm3

Angie Carolina Morales Vivares
Bacteriólogo(a) RP: 1036959921

Angie Carolina Morales V.
Microbiologa y Bioanalista
Universidad de Antioquia

QUÍMICA

GLICEMIA

GLICEMIA BASAL

RESULTADO: 85 mg/dl Valor normal 70-100mg/dl

Angie Carolina Morales Vivares
Bacteriólogo(a) RP: 1036959921

Angie Carolina Morales V.
Microbiologa y Bioanalista
Universidad de Antioquia

PERFIL LIPICO (P.L)

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL:	178mg/dl Valor normal menor de 200mg/dl
COLESTEROL HDL:	44.5mg/dl Valor normal mujer > 55 Hombre > 45
COLESTEROL LDL:	112.7mg/dl Valor normal: Menor 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL:	20.8mg/dl Valor normal: Menor 30 mg/dl
TRIGLICERIDOS:	104mg/dl Valor normal menor 150 mg/dl

Angie Carolina Morales Vivares
Bacteriólogo(a) RP: 1036959921

Angie Carolina Morales V.
Microbiologa y Bioanalista
Universidad de Antioquia

OPTICA GUAVIARE

DR. JUAN ANTONIO RAMIREZ PARDO
OPTOMETRA
NIT. 19'365.881-8
Examen de Ojos Formulación de Anteojos Lentes de Contacto

-CERTIFICADO DE CONSULTA OPTOMETRICA

Fecha: 24-01-2023 **CC.TI.RC:** 1120376.295

Nombre: Natalia Katerine Quevedo **Edad:** 27

Ocupación: _____ **Entidad:** Del Medicentro

AGUDEZA VISUAL:

LEJOS: O.D.20/ 20 **O.I.20/** 20 **CERCA: O.D.** 50 **O.I.** 50
SIN ANTEOJOS: SIN ANTEOJOS:

A.O.20/ 20 **A.O.** 50

LEJOS: O.D.20/ _____ **O.I.20/** _____ **CERCA: O.D.** _____ **O.I.** _____
CON ANTEOJOS CON ANTEOJOS

A.O.20/ _____ **A.O.** _____

EXAMEN OCULAR EXTERNO Y FONDOSCOPÍA OK

DUCCIONES: OK **VERSIONES:** OK

COVER TEST: Lejos: ϕ **33 cms:** +1 **PPC:** 15

ISHIHARA: OK **ESTEREOPSIS:** 20"

DIAGNÓSTICO: Emetropia

CONCEPTO Perfecta condición Visual y Ocular

DR. JUAN ANTONIO RAMÍREZ P.
OPTOMETRA U. DE LA SALLE
REGISTRO 3650CTNPO

Cra. 23 No.10–129. Barrio La Esperanza. San José del Guaviare (Guaviare) Cel.314 454 83 90 - 311 2 15 62 10.
E-mail: opticaguaviare@hotmail.com