



Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

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

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

DIRECCIÓN
EMAIL

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

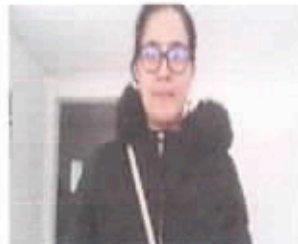
FECHA DE EXAMEN

2023-01-10

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA MORA MORA	Identificación CC	Nro 52847031
Fecha de Nacimiento	1980-02-07	Edad	42
Sexo	F		
Empresa	PACIENTE OCASIONAL		
Cargo	ABOGADA		
Fecha Ingreso	2023-01-10 10:59:23	Fecha Salida	2023-01-10 11:02:02

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

ENFASIS VASCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:
ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL

OTRAS:

SI

Observaciones:
CONTROL MÉDICO PERIODICO.

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.

JAIME ARTURO PORRAS GUZMAN

RN: 1020721852

Firma y sello del médico

LUISA FERNANDA MORA MORA

CC 52847031

Firma del trabajador

SEDE
TELÉFONO

CENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725

DIRECCIÓN
EMAIL

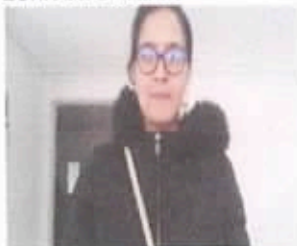
Autopista Norte 106 - 93
citas.norte1@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-01-10

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA MORA MORA			Identificación CC	Nro 52847031
Fecha de Nacimiento	1980-02-07	Edad	42	Sexo	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	ABOGADA				
Fecha Ingreso	2023-01-10 10:44:38	Fecha Salida	2023-01-10 10:51:43		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	NO REFIERE
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLO	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/100
CON CORRECCION OI	20/30
SIN CORRECCION AO	20/20
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.75 cm
CON CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	4 Mts.
CON CORRECCION OI	1.25 Mts.

SIN CORRECCION AO	0.75 cm
CON CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	-
SIN CORRECCION OI	-
SIN CORRECCION AO	-

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	O
CERCA	E
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	5 CM
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NSE
OI	NSE

OFTALMOSCOPIA

OD	NSE
OI	NSE

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	-
DINAMICA	-
CICLOPLEJIA	-

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	-
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	+0.25-0.50*0
OI	+2.25-0.25*0

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H520: Hipermetropía
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H522: Astigmatismo
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H524: Presbicia
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H530: Ambliopía ex anopsia

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA NO

HISTORIA MANUAL

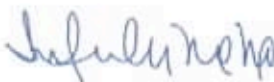
FORMATO MANUAL NO

FORMULA OPTOMETRIAOD
OI
ADICION

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 ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1019448848LUISA FERNANDA MORIA MORA
CC 52847031

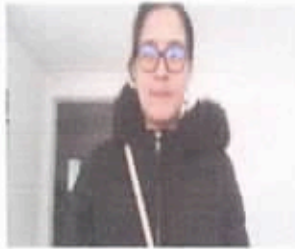
SEDE
TELÉFONOCENDIATRA NORTE
704 2164 - 74604725DIRECCIÓN
EMAILAutopista Norte 106 - 93
citas.norte1@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-01-10

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	LUISA FERNANDA MORA MORA	Identificación CC	Nro 52847031
Fecha de Nacimiento	1980-02-07	Edad	42
Sexo	F		
Empresa	PACIENTE OCASIONAL		
Cargo	ABOGADA		
Fecha Ingreso	2023-01-10 10:49:33	Fecha Salida	2023-01-10 10:55:22

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	OCASIONAL
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
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				10			10			10			10			15			15			10		
OI				10			10			5			15			10			15			15		

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	OCASIONAL
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	11.25
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	10

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 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

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.

ERIK XOMARA ESTUPRIAN SANJUAN

Dr. Erika X. Estuprian S.
Médico Ocupacional
C.C. 52874388

ERIKA XOMARA ESTUPRIAN SANJUAN

RM: 52874388

Firma y sello del médico evaluador

LUISA FERNANDA MORA MORA

LUISA FERNANDA MORA MORA

CC 52847921

Firma del trabajador evaluado