CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2023/01/20 03:07:30 pm

FECHA DE EXAMEN 2023-01-20 08:05:50
TIPO DE EXAMEN INGRESO



DATOS DE INSTITUCIÔN

Nombre:	UNIRSALUD	**Nit:**	900170825-2
Dirección	CARRERA 22 NO 26-12	**e-mail:**	unirsaludltda.hotmail.com
Teléfonos:	(6) 8835588	**Sede:**	CENTRO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	SILVINA ADRIANA			**Apellidos**	VASQUEZ PRADA				
Identificación	CC	65738164	**Edad**	58	**Genero**	F	**Grupo Sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	GUAMO			**Fecha de nacimiento**	1964-10-09	**Estrato**		4
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Postgrado		**Telefonos**	3014165410			
Departamento	Caldas	**Municipio**	Manizales		**Dirrección**	AV 19 NO 9-38			
EPS	Sanitas								
ARL	NO REFIERE			**Fondo de Pensiones**	COLPENSIONES				

DATOS EMPRESA

EMPRESA O IPS CONVENIO	TIPO 1	**CONTRATISTA**	SENA
CARGO	INSTRUCTORA		
FECHA DE INGRESO	POR DEFINIR	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN AUDIOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EXAMEN OPTOMETRIA
GLICEMIA PRE	PERFIL LIPIDICO	

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo
OBSERVACIONES	AUDIOMETRIA//OPTOMETRIA// LABORATORIO //
RECOMENDACIONES	ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDAD A REALIZAR//HIGIENE POSTURAL. VACUNACION SEGUN RIESGO//SE RECOMIENDA AL TRABAJADOR MANTENER ERGUIDA LAS ESPALDA DURANTE LA EJECUCIÓN DE TAREAS, MANTENIENDO ÁNGULOS DE CONFORT : PIES APOYADOS SOBRE SUPERFICIE FIRME, RODILLAS CON ÁNGULO DE 90°-100°, CADERA CON ÁNGULO DE 100°, MANTENER APOYADO LA REGIÓN LUMBAR Y DORSAL EN EL ESPALDAR DE LA SILLA, BRAZOS EN ÁNGULO NO MAYORES A 20° DE FLEXIÓN Y FLEXIÓN DE CODO A 90°. ALINEAR CUELLO CON RESPECTO A TRONCO TOMANDO COMO REFERENCIA LAS OREJAS CON RESPECTO A LOS HOMBROS//ALISTAMIENTO MUSCULO ESQUELÉTICO ANTES DE INICIAR LA JORNADA LABORAL TOMANDO LOS ESTIRAMIENTOS DE LAS PAUSAS ACTIVAS COMO REFERENTE. SE RECOMIENDA REALIZAR LA PAUSA ACTIVA ANTES DE INICIAR LA LABOR Y LUEGO CADA 2 HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. LAS PAUSAS ACTIVAS DEBEN CONTENER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ENFOCADOS A CUELLO, TRONCO, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES. CUMPLIR REGLAMENTO H Y S DE LA EMPRESA. RESOLUCION DE CONFLITOS DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE LA EMPRESA. CONSULTE A SU EPS DE FORMA REGULAR PARA PROMOCION Y PREVENCION. USO EPP LOS QUE REQUIERA DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD. USO DE PANTALLAS DEBE SER ANTIRREFLEJO, CARACTERES DE LA PANTALLA SERAN CLARAMENTE LEGIBLES A UNA DISTANCIA DE 50 CM Y LA IMAGEN DEBE PERMACER ESTABLE, SIN VIBRACIONES Y PARPADEOS MOLESTOS. ASEGURAR UNA ILUMINACION BIEN DISEÑADA. ACONCEJABLE 500 LUX O SUPERIOR QUE REPRESENTA EL NIVEL MINIMO DE LUZ QUE SE NECESITA EN ACTIVIDADES DE PROCESOS DE DATOS. LA HORIZONTAL VISUAL DEBE ESTAR SOBRE EL BORDE SUPERIOR DE LA PANTALLA. PARPADEO FRECUENTE PARA EVITAR LA RESEQUEDA OCULAR.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

MEDICAS

Citologia cervico vaginal
Control anual optometrico periodico

OCUPACIONALES

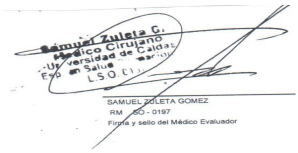
Uso de EPP
Inicio de actividad fisica

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

UNIR SALUD
UNIDAD INTEGRAL DE SALUD MÉDICA Y OCUPACIONAL - IPS

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2023/01/20 03:07:30 pm



SAMUEL ZULETA GOMEZ

RM: 75400

Firma y sello del médico evaluador

SILVINA ADRIANAVASQUEZ PRADA

CC 65738164

Firma del trabajador evaluado

INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión 20/01/2023 3.10 PM

FECHA DEL EXAMEN 1/20/23 12:00 AM



DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE	UNIRSALUD LTDA	**NIT**	900.170.825-2
DIRECCION	CARRERA 22 NO 26-12 CENTRO	**E-MAIL**	
TELEFONOS	8835588		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA						
IDENTIFICACION	CC	65738164	**EDAD**	58 AÑOS	**SEXO**	F	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIENTO**	09/10/1964		
LUGAR DE NACIMIENTO	GUAMO	**DIRECCION**	AV 19 NO 9-38	**Estrato**	4		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	Caldas	**MUNICIPIO**	Manizales	**TELEFONOS**	3014165410	
GRUPO FAMILIAR		**GRUPO SANGUINEO**	O +				
ARL	NO REFIERE						
EPS	SANITAS						

LABORATORIO CLíNICO

GLICEMIA PRE

RESULTADO	92	70-105

OSERVACIONES

OBSERVACIONES	0

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	180	50-200
TRIGLICERIDOS	120	50-170
COLESTEROL HDL	44	45-100
COLESTEROL LDL	112	100-130

CLARA ELENA GOMEZ HENAO
C.C 24309463 R:M 2007
Firma y sello del Médico Evaluador

Fecha de impresión 20/01/2023 8.36 AM

FECHA DE EXAMEN 2023-01-20 08:30:48 **TIPO DE EXAMEN** INGRESO



DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST			**NIT**	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	**E-MAIL**	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM		
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950		**SEDE**	CENTRO	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA						
IDENTIFICACION	CC	65738164	**EDAD**	58 Años	**SEXO**	F	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIETNO**	09/10/1964		
LUGAR DE NACIMIENTO	GUAMO	**DIRECCION**	AV 19 NO 9-38	**ESTRATO**	4		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	CALDAS	**MUNICIPIO**	MANIZALES	**TELEFONOS**	3014165410	
GRUPO FAMILIAR		**GRUPO SANGUINEO**	O +				
ARL	NO REFIERE						
EPS	SANITAS						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	**CARGO**	INSTRUCTORA
SEDE	MANIZALES	**FECHA DE INGRESO**	20-01-2023
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	**AREA**	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	INSTRUCTORA
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	Mayor a 2 Años

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	NO
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

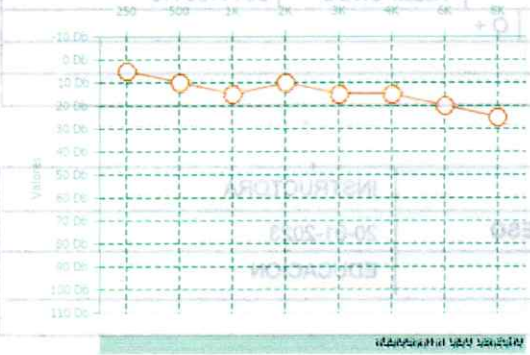
Fecha de impresión 20/01/2023 8.36 AM

Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

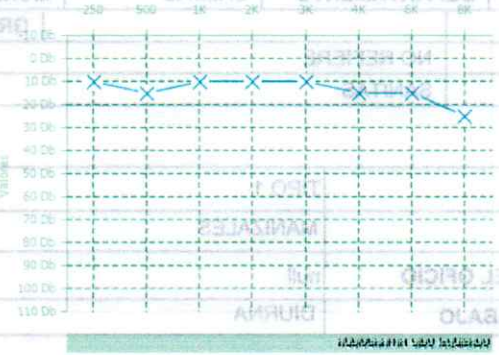
OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	No
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL			X	PASA
HIPOACUSIA				
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	BILATERAL
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA		
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		
LAVADO AUDITIVO BILATERAL		

Fecha de impresión 20/01/2023 8.36 AM

AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30312776 RM: 16132
Firma y sello del Médico Evaluador



SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA
C.C 65738164
Firma del trabajador Evaluado

UNIDAD INTEGRAL DE SALUD MÉDICA Y OCUPACIONAL I.P.S.

EXAMEN: OPTOMETRÍA ☐ VISIOMETRÍA ☐

Carrera 22 No. 26-12 Telefax: 883 55 88 Cel.: 312 861 2288 Manizales

TIPO DE EXAMEN [I] [P] [R] OTRO ☐

FECHA: 20-01-23 EMPRESA: SENA

NOMBRE: Silvina Vasquez EDAD: 57 C.C. 65738164

CARGO: Inspectora ÁREA: ANTIGÜEDAD:

ANTECEDENTES PERSONALES VISUALES: Usa Lx Lace Jaña. Qx:

ANTECEDENTES FAMILIARES VISUALES:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES VISUALES: HORAS EXPOSICIÓN:

EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL:

USA ANTEOJOS: SI [X] NO ☐ BIFOCAL O PROGRESIVO SI ☐ NO ☐ LC SI ☐ NO ☐

TIPO DE USO: Cerca. TRAE SU RX: SI ☐ NO ☐ ULTIMO EXAMEN: Jaña.

ANAMNESIS:

SINTOMATOLOGÍA: Problemas de Cerca.

EXAMEN EXTERNO: OD: Normal OI: Normal

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN		CON CORRECCIÓN		Ph
	V/LEJANA	V/PROXIMA	V/LEJANA	V/PROXIMA	
O.D.	20/20		0	0.5m	
O.I.	20/20			0.5m	
A.O.	20/20			0.5m.	

MOTILIDAD PPC Normal CT 20 Cm ∞ 40 Cm ∞ ∞ ∞

OFTALMOSCOPIA: O.D. Normal

O.I. Normal

OBSERVACIONES:

REFRACCIÓN: **Rx Final:** **ADD**

O.D. Add 1 2.00 AV 0.5m OD + AV. DP

O.I. AV 0.5m OI + AV. DP

VISIÓN COLOR OD Normal **OI** Normal

ESTEREOPSIS NORMAL [X] ANORMAL ☐

ESTADO DE CORRECCIÓN: NORMAL ☐ ANORMAL CORREGIDO [X] ANORMAL NO CORREGIDO ☐ ANORMAL MAL CORREGIDO ☐

PATOLOGÍA OCULAR [X]

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

EMETROPE ☐	ASTIG. MIXTO ☐	PRESBICIA [X]	PTERIGIO ☐	QUERATOCONO ☐
ASTIG. MIOPICO ☐	MIOPIA ☐	AMBLIOPIA ☐	BLEFARITIS ☐	OTROS:
ASTIG. HIPERMETROPICO ☐	HIPERMETROPIA ☐	DISCROMATOPSIA ☐	CATARATA ☐	

RECOMENDACIONES:

USO PERMANENTE DE RX OPTICA ☐	USO DE EPP VISUAL ☐	PAUSAS ACTIVAS ☐
USO DE RX PARA VISIÓN PRÓXIMA [X]	USO DE AR VIDEOTERMINALES ☐	PVE ☐
USO DE RX DE DESCANSO ☐	USO DE PROTECCIÓN SOLAR ☐	OTROS:

REMISIONES:

VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA ☐	TRATAMIENTO ORTOPTICA ☐	CONTROL
TOPOGRAFÍA CORNEAL ☐	OTROS: ☐	6 MESES ☐ 1 AÑO [X]

Paola Andrea Daza
UISC 57020293
RETHUS 1420ZTNPO
OPTOMETRA

PACIENTE C.C. 65738164