CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

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

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA CENTRO	**DIRECCIÓN**	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	**EMAIL**	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-04-12	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ		Identificación CC	Nro	1022396640
Fecha de Nacimiento	1993-07-24	**Edad**	28	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	ABOGADA PROFESIONAL				
Fecha Ingreso	2022-04-12 09:52:35	**Fecha Salida**	2022-04-12 09:53:19		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

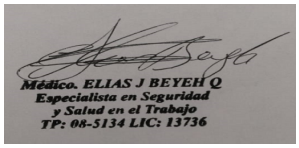
OTRAS: NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_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.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



ELIAS JOSE BEYEH QUINTANA
RM: 1140818202
Firma y sello del médico



ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ
CC 1022396640
Firma del trabajador

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2022/04/12
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CENTRO	**DIRECCIÓN**	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	**EMAIL**	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-04-12	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ			Identificación CC	Nro 1022396640
Fecha de Nacimiento	1993-07-24	**Edad**	28	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	ABOGADA PROFESIONAL				
Fecha Ingreso	2022-04-12 09:41:00	**Fecha Salida**	2022-04-12 09:41:05		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO	
CIRUGIA OCULAR	NO	
GLAUCOMA	NO	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
ALERGIAS	NO	
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO	REFIERE USA LENTES DE DESCANSO, UCV 4 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA

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

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
OI	NORMAL

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	EXOFORIA
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	6
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	-
OI	-

OFTALMOSCOPIA

OD	MEDIOS TRANSPARENTES
OI	MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	-0.25
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	N

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión
OBSERVACIONES	BUEN ESTADO VISUAL AO, CONTINUAR USO LENTES DE DESCANSO Y PROTECCION, CONTROL ANUAL. SE RECOMIENDAN PAUSAS VISUALES EN FIJACION PROLONGADA.

RECOMENDACIONES

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

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
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 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.



SANDRA MILENA GARCIA SANCHEZ
RM: 35252428



ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ
CC 1022396640

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2022-04-12

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ANGIE PAOLA SUAREZ JIMENEZ		
Identificación	CC	**No. Documento**	1022396640
Fecha de Nacimiento	1993-07-24	**Edad**	28 años 8 meses 19 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2022-04-12 09:30:00	**Sede**	CENDIATRA CENTRO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	159	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	45	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	48	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	102	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl



DAYANA RODRIGUEZ HINOJOZA
1065611379
Firma y sello del médico evaluador