EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud

NIT: 830.015.894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 6 | 7 | 2022

EXAMEN: [x] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

NOMBRES: Andrea Carolina Vargas C.C. 1032361199 EDAD: 36 SEXO M [X]

EMPRESA: Famdir CARGO: Coordinadora Tel.: Cel.: 3168626305

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	✓	
Espirometria	✓	
Audiometria	✓	
Visiometría	✓	
Optometría		✓
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología – Túnel/Carpo		
Radiología – Columna		
Radiología – Tórax		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	✓	
Dermatología	✓	
Osteomuscular	✓	
Cardiovascular	✓	
Prueba de Equilibrio	✓	
Vacunas		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		
Serología		

	NORMAL	ANORMAL
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

	NORMAL	ANORMAL
KOH - Uñas		
Frotis Faríngeo		
Coprologico		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) [—] Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	✓	—
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	—	—
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	—	—

	SI	NO
Aplazado	—	—
No apto para este cargo	—	—

Examen PERIODICO satisfactorio SI [✓] NO [—]

Examen de EGRESO satisfactorio SI [—] NO [—]

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

1.	Higiene Postural ✓	7.	Uso de Doble Proteccion Auditiva	13.	Evitar Posturas Prolongadas
2.	Pausas Activas ✓	8.	Control Optometrico Periodico	14.	Uso de Medias de Compresión Graduado
3.	Ergonomía del Puesto de Trabajo	9.	Uso de Lentes permanentes	15.	Valoración y Manejo en IPS
4.	Uso de Elementos de Protección Personal ✓	10.	Uso de Lentes Visión de Cerca	16.	Dieta - Ejercicio Físico
5.	Valoración por IPS de Medicina Laboral	11.	Control de Tension Arterial	17.	Control Espirómetria
6.	Control Audiometrico	12.	Estilos de Vida Saludable ✓		

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coerción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y asesoría de acuerdo con lo encontrado. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 1032361199

Huella I.D.

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
umeditda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Nombres y Apellidos		Identificacion	DIA/MES/AÑO
Andrea Carolina Vargas		1032361199	06/07/22

Sexo F / M	Edad AÑOS	Empresa	Eps	ARP
F X / M	36	Fomdiv	Sura	Sura

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Andrea Carolina Vargas Maldonado identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual. **(Aplica Resolución 1995 H.C. UMED Ltda.)**

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION	TIEMPO EN ESTE OFICIO	EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO
Coordinadora de Casa.	13 años	CERCANA (20/) LEJANA (20/) OTRAS

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS SI X NO ___ POR QUE?

UTILIZA ALGUNA PROTECCION SI X NO ___ ¿Cual? Rx en OTG

OFICIOS ANTERIORES 1	TIEMPO	2	TIEMPO

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRIA ANTERIORMENTE SI X NO ___ FECHA DE EXAMEN 3 meses

TIENE LENTES FORMULADOS SI X NO ___ HACE CUANTO Baño

FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES 3 meses USA SUS LENTES ACTUALMENTE X ___ NO ___

TIPO DE LENTES ANTEOJOS X BIFOCALES DE CONTACTO

FORMA DE USO: PERMANENTES X OCASIONALES ___ PARA VER DE CERCA ___ PARA VER DE LEJOS ___ OTROS ___

CIRUGÍA OCULAR ACTUAL: NO CUAL? FECHA

SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL SI ___ NO ___ CUAL?

EXAMEN EXTERNO		ESTADO MOTOR	
	OD Normal		X NORMAL
	OI Normal		☐ ANORMAIL

EVALUACIÓN DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN		CON CORRECCIÓN
LEJOS OD	20/70	PH:	20/20
OI	20/30	PH:	20/20
AO	20/20		20/20
CERCA OD	20/20		20/20
OI	20/20		20/20
AO	20/25		20/20

OFTALMOSCOPIA DIRECTA OD I Normal IDX Miopia

CONDUCTA USO RX OPTICA SI X NO ☐ OBSERVACIONES

CROMATICA NORMAL X ANORMAL ___ OBSERVACIONES

TEST ESTEREOPSIS: 40 Segundos de Arco.

INTERPRETACIÓN Paciente con Vision Disminuida.

Observaciones Continua con la Rx en OTG

RECOMENDACIONES LABORALES

DEPARTAMENTO DE OPTOMETRIA					
1. Control	Anual	SI X	NO	1. Usar elementos de protección visual adecuada	SI X NO
2. Remision a la EPS		SI	NO X	2. Ingresar al programa de vigilancia epidemiológica	SI NO X
Oftalmología		Optometría X			

OPTOMETRA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Cardinal Vargas M
FIRMA DEL PACIENTE
C.C. 1032361199

Utilice elementos de protección personal
Control visual periódico cada 6 meses

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com - www.umedips.co

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

NIt: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud

EXAMEN DE AUDIOMETRIA

OCUPACIONAL ☐
CLINICA ☐

INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

NOMBRE Andrea Carolina Vargas Maldonado FECHA 06-julio-2022

No. DE DOCUMENTO 1032361199 EDAD 36 SEXO F PAIS DE ORIGEN Colombia
CIUDAD Bogotá

EMPRESA Famdir CARGO Coordinadora

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE AUDIOMETRIA

Yo, _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración audiológica que se me va a realizar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración audiológica si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud auditiva. **(Aplica Resolución 1995 H.C. UMED Ltda.)**

HA TRABAJADO EN AMBIENTES RUIDOSOS SI ☐ NO ☒ TIEMPO DE EXPOSICIÓN RUIDO ☐

UTILIZABA PROTECTORES AUDITIVOS SI ☐ NO ☒ COPA ☐ DESECHABLES ☐ ANATOMICOS ☐

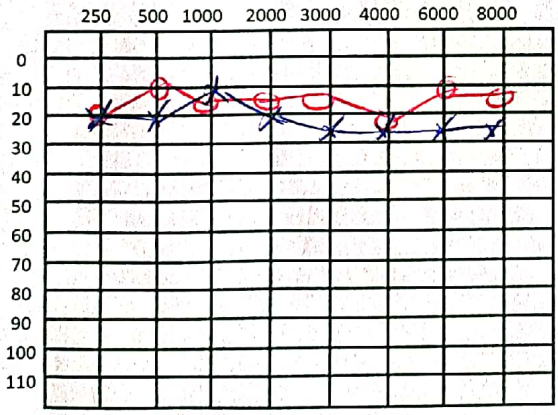
	SI	NO
OTALGIA		X
OTITIS		X
OTORREA		X
TRAUMAS		X
CIRUGIAS		X
ACUFENOS		X
TRANSTORNOS DE EQUILIBRIO		X
HIPERTENSION ARTERIAL		X
SINUSITIS		X
OTROS		X

	SI	NO
MOTOCICLETA	X	
PRACTICA POLIGONO		X
PRACTICA TEJO		X
USA Mp3	X	
MUSICA ALTO VOLUMEN	X	
DISCOTECAS		X
INSTRUMENTOS MUSICALES		X
OTROS		X
SERVICIO MILITAR		X

OTOSCOPIA

	NORMAL		
OIDO	SI	NO	OBSERVACIONES
OD	X		
OI	X		

AUDIOGRAMA



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Audición Normal bilateral

OBSERVACIONES: Control Anual.

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

1.	Control	Anual	SI ☒	NO ☐
		Semestral	SI ☐	NO ☐
		Trimestral	SI ☐	NO ☐
2.	Remision a la EPS ☐		IPS ☐	
	Para valoración por			

1.	Uso doble de protección auditiva	SI ☐	NO ☐
2.	No utilizar audífonos (mp3)	SI ☐	NO ☐
3.	Reposo auditivo después de la jornada laboral	SI ☐	NO ☐
4.	Ingresar al programa de vigilancia epidemiológica	SI ☐	NO ☐
5.	Participación activa en el COPASO de la empresa	SI ☐	NO ☐

Dra. Angela J. Hurtado M.
Fonoaudiologa U.M.B.
Esp. Salud Ocupacional
RES 05/12/10/2017

FIRMA DEL FONOAUDIOLOGO

Andrea Vargas M

FIRMA DEL PACIENTE

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
saludocupacionalumed@hotmail.com