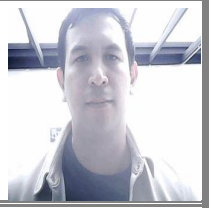
Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	1.277.696				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	12/08/2023	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.090.424.699	**EDAD**	33	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	RIVERA PEÑA PEDRO RICARDO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

-NINGUNA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR CAPACITACIONES

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MEDICO PERTINENTE - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo RIVERA PEÑA PEDRO RICARDO identificado con CC No. 1.090.424.699. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Ornella C. Samper F. Médico Especialista S.O. Lic. S.O. 13221/16

DRA. ORNELLA CECILIA SAMPER FONTALVO LIC. S.O. 13221/16

Aspirante o trabajador

CC. 1.090.424.699

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES RIVERA PEÑA PEDRO RICARDO
FECHA 12/08/2023

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1090424699 **FEC. NACIMIENTO:** 16/04/1990 **EDAD:** 33 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: CASADO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3001779056
L. NACIMIENTO: CUCUTA - NORTE DE SANTANDER **DOMICILIO:** CL 24 C 71 60
CORREO: MDRICARDORIVERA@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SANITAS **ARL:** POSITIVA **PENSIONES:** PROTECCION

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA
TURNO: ROTATIVO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: ATENCION DE PACIENTES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NO REFIERE

FAMILIARES: NO REFIERE

OCULARES: CORIORETINITIS EN OJO IZQUIERDO

OTROS: PACIENTE ATENDIDO CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: MEDICO ESPECIALISTA DE RADIOLOGIA **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 0 - Meses: 8
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 22/06/2023
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: NO
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** NO
TIPO DE CORRECIÓN: NINGUNO **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** NO
FORMA DE USO:
PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: SI **TIEMPO CIRUGIA:** 1 AÑOS - 6 MESES
¿CUÁL?: OCULAR LASER
OBSERVACIONES: EN AMBOS OJOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	NO REFIERE SINTOMAS

LENSOMETRIA O.D - O.I.: NO APLICA	**TIPO DE LENTE OD - OI:** NO APLICA	**ADD O.D - O.I:** NO APLICA

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/20	20/	20/100	20/	20/20	20/	20/100	20/

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/PL	20/	20/PL	20/

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES RIVERA PEÑA PEDRO RICARDO
FECHA 12/08/2023

EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL	**OI:** NORMAL

COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: NO APLICA	**OI:** 20/100

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** NINGUNO

INTERPRETACIÓN	VISIAON NORMAL EN EL OJO DERECHO Y DISMINUIDA EN EL OJO IZQUIERDO CUAL NO MEJORA CON PH DADO A ANTE APLICA VISION BINOCULAR

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
H533	OTROS TRASTORNOS DE LA VISION BINOCULAR

RECOMENDACIONES	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

OTRA RECOMENDACIÓN	- ERGONOMIA VISUAL

REMITIDO A:	N/A	**CAUSA REMISIÓN:**	N/A

Consentimiento informado

Yo RIVERA PEÑA PEDRO RICARDO identificado con CC.1090424699. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



Bibiana Constanza Chicuasuque Camelo LIC 263 de 11-01-2018

Aspirante o trabajador

CC.1090424699