

FECHA DE EXAMEN 24/12/2019

TIPO DE EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



NOMBRES Y APELLIDOS		PIEDAD LORENA CASTILLO VIVANCO						
IDENTIFICACION	CC	1000577432	SEXO	F	EDAD	27 Años	FECHA DE NACIMIENTO	20/01/1992
LUGAR DE NACIMIENTO		BOGOTA		GRUPO SANGUINEO		O +		
PROCEDENCIA	DEPARTAMENTO	BOGOTA, D.C.		MUNICIPIO	BOGOTA, D.C.			
DIRECCION			TELEFONOS		3222856022			
ESTRATO	3	ESCOLARIDAD	PROFESIONAL		ESTADO CIVIL	null		
EPS	COMPENSAR E.P.S.							
ARL	NO REFIERE							
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE							
RAZON SOCIAL	PARTICULAR/SUR							
ACTIVIDAD ECONOMICA	NO REFIERE				CARGO	LICENCIADA EN CIENCIAS SOCIALES		

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	usuaria de gafas no las usa durante examen
-----------------------	--

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	20/20	sc
OJO DERECHO	20/20	sc
OJO IZQUIERDO	20/20	sc
ESTEREOPSIS " SEG.	40"	sc
VISION CROMATICA	NORMAL	sc
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	0.50 cm	sc
OJO DERECHO	0.50 cm	sc
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	sc
ESTENOPEICO		

IMPRESION DIAGNOSTICA

Z10: Examen de ojos y de la visión

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTINUAR CON USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA FIJACIÓN PROLONGADA, CONTROL VISUAL ANUAL
-----------------	--

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): DIANA MORENO BALLESTEROS RM: 7818/2018

[Firma de Diana Moreno]
Diana Moreno
Optometrista - U.I. 5
Reg. 3599

Firma y sello del Médico Evaluador

PIEDAD LORENA CASTILLO VIVANCO
C.C
Firma del trabajador Evaluado

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR
PREOcupACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: PIEDAD LORENA CASTILLO VIVANCO C.C 1000577432
EDAD 25 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR GESTOR TERRITORIAL



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒ Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒
Visiometría ☐ Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐
Audiometría ☐ Cuales ENFASIS OSTEOMUSCULAR.
Espirometría ☐ Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnóstico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR
NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

VAL. POR NUTRICION EPS
CONTROLES MEDICOS USUALES EPS
USO DE EPP/PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

[Firma manuscrita de Piedad Lorena Castillo Vivanco]

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

[Firma manuscrita de Dra. Laura Liliana Molina Molina]
Dra. Laura Liliana Molina Molina
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic SO 7699-2014

FIRMA DEL ESPECIALISTA