SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL

Dr. ALEXANDER DURAN M.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro. Licencia. 1024/02-02-12

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA LABORAL PARA:

(En cumplimiento de lo estipulado en la NTC 4115 y las resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012)

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		ESP.CONFINADOS		TRAB. ALTURAS		MAN. ALIMENTOS	

FECHA: 11/10/2021	**CC: 79.741.877**
NOMBRE: OSCAR DURLEY CHACON GOMEZ	**SEXO: MASCULINO**
EDAD: 45 AÑOS	**CARGO:** CONDUCTOR
EMPRESA: LINEA MEDICA	**NIT:**



Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	SI/NO	RESULTADOS
MEDICO OCUPACIONAL	SI	CLINICAMENTE NORMAL
AUDIOMETRIA	SI	NORMAL
VISIOMETRIA	SI	ANORMAL
RIESGO CARDIOVASCULAR	NO	
OSTEOMUSCULAR	SI	CLINICAMENTE NORMAL

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA: NO				GLICEMIA:	NO	mg/dl		SEROLOGIA:		NO	
COLESTEROL TOTAL:	NO	mg/dl		HDLC:	NO	mg/dl		LDLC:	NO	mg/dl	
TRIGLICERIDOS:	NO	mg/dl									

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES	X		**APLAZADO**
APTO CON RESTRICCIONES			**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**
EGRESO: SIN ENF LABORAL			**POSIBLE ENFERMEDAD LABORAL**

TIPO DE RESTRICCION: NINGUNA

RECOMENDACIONES GENERALES

INDUCCION AL CARGO, USO DE ELEMENTOS PERSONALES DE PROTECCION, PAUTAS DE AUTOCUIDADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS DURANTE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS, ERGONOMIA Y CONTROL DE ESTRÉS LABORAL, CHARLAS PARA PREVENIR EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL TRABAJO Y EL ACOSO LABORAL U OTROS HOSTIGAMIENTOS. MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO.

RECOMENDACIONES PERSONALIZADAS/ REMISIONES

USO DE PROTECCION DOBLE AUDITIVA AL EXPONERSE A RUIDOS. CONTROL DE PESO Y NUTRICION POR SU EPS.USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: AUTORIZO A EL (LA) DOCTOR (A) MENCIONADO (A) EN EL PRESENTE DOCUMENTO A REALIZAR EN MI EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES), REGISTRADO (S) EN ESTE CERTIFICADO. ASI MISMO DECLARO QUE SE ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y EL PROPOSITO DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES) CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE. RESOLUCIÓN 2346/2007. ART 10 Y RESOLUCIÓN 1918/2009 Y NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD. HE RECIBIDO, COMPRENDIDO Y TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ANALIZAR EL PROPOSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACION, LAS LIMITACIONES Y RIESGOS DEL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICO (S) OCUPACIONAL (ES). APARTIR DE LA ASESORIA PRESTADA ANTES DE LA RESPECTIVA TOMA DE LAS PRUEBAS; ENTIENDO QUE LA REALIZACION DE ESTA (S) PRUEBA (S) ES VOLUNTARIA Y QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO ANTES DE QUE SE REALIZARA EL (LOS) EXAMEN (S). FINALMENTE AFIRMO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LAS RECOMENDACIONES Y CONCEPTO LABORAL DEL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTANDO ADEMAS QUE ESTE EXAMEN NO TIENE VALIDES PARA LICENCIA DE CONDUCCION AUTOMOTRIZ, NI PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

AUTORIZACION DE TRATO DE INFORMACION: DR ALEXANDER DURAN, COMO RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION, MANIFIESTA QUE NO COMPARTIRA, NI ENTREGARA A TERCEROS NO AUTORIZADOS EXPRESAMENTE POR EL TITULAR, LA INFORMACION DE CARÁCTER PERSONAL, MEDICA, O DE CUALQUIER INDOLE, ENTREGADA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO. EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581/2012, PARA LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES, LA LEY ESTATUTARIA 1266/2008, CON LAS DISPOSICIONES GENERALES DEL HABEAS DATA Y LA REGULACION DEL MANEJO DE LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS PERSONALES. SOLAMENTE EL USUARIO AUTORIZA A QUE SEA CONOCIDO Y COMPARTIDO EL CONCEPTO LABORAL PRESENTE EN LA NATURALEZA DEL MISMO DOCUMENTO. AUTORIZO A DR ALEXANDER DURAN PARA QUE SUMINISTRE A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADOS EN LA LEGISLACION VIGENTE Y PARA LAS SITUACIONES CONTEMPLADAS EN LA MISMA (Resolución 6398/91), LA INFORMACION REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO, PARA EL BUEN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL. POR ULTIMO MANIFIESTO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE MI FIRMA Y QUE ME ENCUENTRO EN CAPACIDAD DE EXPRESAR MI CONSENTIMIENTO.

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR
79741877 BTA

Dr Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupac
Res. 1024 / 02-02-12

ÓPTICA
CONVISION
CONQUISTANDO VISIÓN
NIT: 79.360.012-1

Fecha: D M A

CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL 0594

Nombre: Oscar Chacon Gómez. Edad: 45. Id: 79741877.

AGUDEZA VISUAL SIN RX VISIÓN LEJANA	O.D. 20/100 O.I. 20/200 A.O. 20/100	AGUDEZA VISUAL SIN RX VISIÓN PRÓXIMA	O.D. 1.5M O.I. 1.5M A.O. 1.5M

EXAMEN EXTERNO: Sin Alteración AO.
OFTALMOSCOPIA: Sin Alteración AO.
DIAGNÓSTICO: Astigmatismo Hipermetropia.
CONDUCTA: Debe usar corrección optica permanente.
OBSERVACIONES: Control semestral

Dra. Angie Katherine Castillo P.
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

DOCTOR: _____ SELLO: _____

Carrera 21 No. 23-04 Sur - Tel: 472 13 84 - Cel: 310 211 16 46 B. Olaya - Bogotá, Colombia
EXAMEN VISUAL COMPUTARIZADO - LENTES DE CONTACTO
MONTURAS GARANTIZADAS

SONIA ASTRITH LEGUIZAMON RENDON

FONOAUDIOLOGA
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

UMB

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] ALTURAS [ ]

FECHA: 11-OCT-2021

NOMBRE: Oscar Darley Chacon Gomez

D. IDENTIDAD: 79741377 EDAD: 45 SEXO: M CIUDAD: Bogotá PAIS ORIGEN: Colombia

EMPRESA: LINEA MEDICA CARGO: CONDUCTOR.

HA TRABAJADO EN AMBIENTES RUIDOSOS SI [X] NO [ ] TIEMPO DE EXPOSICIÓN RUIDO: +25 años

UTILIZA PROTECTORES AUTIVOS SI [ ] NO [ ] COPA [ ] DESECHABLES [X] ANATOMICOS [ ]

ANTECEDENTES AUDITIVOS	SI	NO
OTALGIA		/
OTITIS		
OTORREA		
TRAUMAS	Perm. de Tiro.	
CIRUGIAS		
ACUFENOS		
TRANSTORNO DE EQUILIBRIO		/
HIPERTENCION ARTERIAL		
SINUSITIS		
DIABETES		
OTROS	SI	

HABITOS	SI	NO
UTILIZA MOTOCICLETA	x 5 años	
PRACTICA POLIGONO		
PRACTICA TEJO	SV	/
USA MP3		
MUSICA ALTO VOLUMEN		/
DISCOTECAS O BARES		
INSTRUMENTOS MUSICALES		
OTROS	Martillo 20 años	
SERVICIO MILITAR O COMBATE		

OTOSCOPIA			
	NORMAL		OBSERVACIONES
OIDO	SI	NO	
OD	/		Normal Bilateral
OI			

REQUIERE ESTACCION DE CERUMEN	SI [ ]	NO [X]

AUDIOGRAMA



IMPRESION DIAGNOSTICA: Audición en parámetros de normalidad Bilateral; Riesgo leve en frecuencias; OI 3khz-4khz-6khz

OBSERVACIONES: Audiometria + 2 años Exposición / Martillo con - Normal Bilateral Usa EPPA permanente en la Jornada Laboral.

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

1.	CONTROL AUDIOLÓGICO	ANUAL	SI	NO
		SEMESTRAL	SI	NO
		TRIMESTRAL	SI	NO
2.	Remisión a la EPS [ ] IPS [ ] Para valoración por:			

1. Uso doble proteccion auditiva	SI	NO
2. No utilizar audifonos (mp3)	SI	NO
3. Reposo auditivo despues de la jornada laboral	SI	NO
4. Ingresar al programa de vigilancia epidemiologica	SI	NO
5. Participación activa en el COPASO de la empresa	SI	NO
6. Remitido a medicina laboral	SI	NO

FIRMA DEL PACIENTE

sonialegfono@gmail.com
Cel: 3023238991

FIRMA DEL PROFESIONAL