CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA 11 DE MAYO DEL 2024 **TIPO DE EXAMEN Y/O PARACLINICO** INGRESO
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA O LABORO PARTICULAR.

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE:
NOMBRE: WILLIAM HERNÁNDEZ ABONDANO **EDAD**: 34 AÑOS. **ESTADO CIVIL** UNIÓN LIBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. 1023894182 DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA **GENERO**: MASCULINO.
ARL SURA **EPS** FAMISANAR EPS. **CORREO ELECTRÓNICO** Willialexxi8901@gmail.com
TELÉFONO: 3057937228 **G. SANGUÍNEO** O+ **FECHA DE NACIMIENTO**: 16 DE FEBRERO DE 1990
DIRECCION: CALLE 26 SUR 1 18 ESTE **BARRIO:** MONTE BELLO
PROFESIÓN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

CONSULTA / PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENENES REALIZADOS:

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL Y VISIOMETRIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR autorizo Al Dr abajo mencionado a realizar el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de las asesorías brindada antes de las respectivas toma de las pruebas entiendo que la realización delas pruebas es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizara el/los exámenes las respuestas dada por mi están completos y son verificadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi 8firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

OBSERVACIONES: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULARES

CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

VISIOMETRIA: EMETROPE POR HISTORIA CLINICA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES * CAPACITACION SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS * HIGIENE POSTURAL* HIGIENE BIOMEDICA INTEGRAL *PAUSAS ACTIVAS LABORALES * USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. VALORACIÓN PERIÓDICA POR MEDICONA INTERNA.

RECOMENDACIONES MEDICAS: NINGUNA **SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA** NINGUNA **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE*** REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR MENTE, MANEJO DEL ESTRÉS. **OTRAS RECOMENDACIONES** USO DE MEDIAS ANTIVARICES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO POR SECRETARIA DE SALUD POR PERIODO DE PANDEMIA SARS 2 COVID 19. Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007.

EVALUADO POR

Dra. Marisol Mancipe Pinzón
MEDICO S.O U.Nal
C.C. 51971117 Bta
R.m. 73626

DRA. MARISOL MANCIPE PINZON
MEDICO RM 73626 06
LICENCIA SALUD Y SEGURIDAD 13994 16

TRABAJADOR

WILLIAM HERNÁNDEZ ABONDANO
C.C. 1023894182 DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA

Powered by CamScanner

EXAMEN VISIOMETRIA

FECHA: 11 de Mayo de 2024 TEL: 3037937228

NOMBRE: Willian Hernandez abondano C.C.: 1023894182

OCUPACIÓN: Auxiliar de enfermeria EDAD: 35

TEMPORAL: EMPRESA: HORA DE ATENCIÓN:

ANAMNESIS Examen de visometric

AGUDEZA VISUAL LEJOS	CON CORRECCION	SIN CORRECCION
OJO DERECHO:	20/20	20/20
OJO IZQUEIRDO:	20/20	20/20
AMBOS OJOS:	20/20	20/20

AGUDEZA VISUAL CERCA	CON CORRECCION	SIN CORRECCION
OJO DERECHO:	20/20	20/20
OJO IZQUEIRDO:	20/20	20/20
AMBOS OJOS:	20/20	20/20

EXAMEN EXTERNO Normal, no lesiones externas.

PERCEPCIÓN DEL COLOR: Normal

GAFAS: No requiere

USO: No requiere

PERCEPCIÓN DE PROFUNDIDAD: Normal

OBSERVACIONES Y DISPOSICIÓN: se dan recomendaciones generales, si se presenta patologia urgencia acudir por oftalmologia

NOMBRE PAC/TE:

FRIMA:

C.C. No.:

TEL.:

FRIMA:

NOMBRE:

REGISTRO:

Lic. Cristina Vera Torres
Optometra Clinica
T.P. 6244732
C.C. 1010...
L.S.O. 1010...

Powered by CamScanner