Cendiatra

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| SEDE | CENDIATRA NORTE 2 | DIRECCIÓN | Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89 Barrio Polo Club |
| TELÉFONO | 6224464 - 7425327 | EMAIL | citas.norte2@cendiatra.com |
| FECHA DE EXAMEN | 2023-06-07 | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | HERMES MELO SANTAMARIA | | | Identificación CC | Nro 13525750 |
| Fecha de Nacimiento | 1973-11-16 | Edad | 49 | Sexo | M |
| Empresa | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| Cargo | CONTRATISTA | | | | |
| Fecha Ingreso | 2023-06-07 10:02:20 | Fecha Salida | 2023-06-07 11:07:59 | | |

## EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS

## CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA — SI
VALORACION OPTOMETRICA — SI
Observaciones:
CONTROL ANUAL, CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN VISUAL

OTRAS: — NO PRESENTA

## SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Laura Rua Pertuz M.D.
Esp Salud Ocupacional
R.M. 1043874698
Res. 527 De 2021

LAURA VANESSA RUA PERTUZ
RM: 1043874698
Firma y sello del médico

HERMES MELO SANTAMARIA
CC 13525750
Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Cendiatra

# REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-06-07

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos | HERMES MELO SANTAMARIA | | |
| Identificación | CC | No. Documento | 13525750 |
| Fecha de Nacimiento | 1973-11-16 | Edad | 49 años 6 meses 21 dias |
| Sexo | M | Empresa | PACIENTE OCASIONAL |
| Fecha toma | 2023-06-07 08:55:00 | Sede | CENDIATRA NORTE 2 |

## COLESTEROL TOTAL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 234 | mg/dl | Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl |

## TRIGLICERIDOS

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 148 | mg/dl | Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl |

## COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 46 | mg/dl | Normal:>40 mg/dl |

## COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

| TITULO | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| RESULTADO | 158.4 | mg/dl | Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl |

Angela Vanegas

Angela V. Vanegas P.
C.C. 1077942702
Bacteriólogo
UCMC

ANGELA VIVIANA VANEGAS PARDO
1077942702
Firma y sello del médico evaluador

Powered by CamScanner

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/06/07
www.cendiatra.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA NORTE 2 | **DIRECCIÓN** | Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89 Barrio Polo Club |
| **TELÉFONO** | 6224464 - 7425327 | **EMAIL** | citas.norte2@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-06-07 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | HERMES MELO SANTAMARIA | | | Identificación CC | Nro 13525750 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1973-11-16 | **Edad** | 49 | **Sexo** | M |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | CONTRATISTA | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-06-07 09:40:36 | **Fecha Salida** | 2023-06-07 09:40:51 | | |

## DATOS EMPRESA

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD ECONOMICA | ABOGADO |

## ANTECEDENTES PERSONALES

| | |
|---|---|
| DIABETES | NO |
| CIRUGIA OCULAR | NO |
| GLAUCOMA | NO |
| HIPERTENSION ARTERIAL | NO |
| ALERGIAS | NO |
| OTROS | ULTIMO EXAMEN VISUAL 6 MESES |
| PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN? | SI |

## MOTIVO DE CONSULTA

| | |
|---|---|
| VISION BORROSA | SI |
| ARDOR | NO |
| LAGRIMEO | NO |
| ENROJECIMIENTO | NO |
| PRURITO | NO |
| CEFALEA | NO |
| ASTENOPIA | NO |
| SALTO DE RENGLON | NO |
| FOTOFOBIA | NO |
| SECRECION | NO |
| DOLOR OCULAR | NO |
| VISION DOBLE | NO |
| INVERSION DE NUMEROS O LETRAS | NO |
| MAREO | NO |
| VERTIGO | NO |
| MIODESOPSIAS | NO |
| OTROS | VISION LEJANA Y PROXIMA DISMINUIDA |

## AGUDEZA VISUAL

| | |
|---|---|
| **VISION LEJANA** | |
| SIN CORRECCION OD | 20/25 |
| CON CORRECCION OD | 20/20 |
| SIN CORRECCION OI | 20/25 |
| CON CORRECCION OI | 20/20 |
| SIN CORRECCION AO | 20/25 |
| CON CORRECCION AO | 20/20 |
| **VISION PROXIMA** | |
| SIN CORRECCION OD | 1.50 Mts. |
| CON CORRECCION OD | 0.50 cm |

Powered by CamScanner

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/06/07
www.cendiatra.com

| | |
|---|---|
| SIN CORRECCION OI | 1.50 Mts. |
| CON CORRECCION OI | 0.50 cm |
| SIN CORRECCION AO | 1.50 Mts. |
| CON CORRECCION AO | 0.50 cm |
| **ESTENOPEICO** | |
| SIN CORRECCION OD | 20/20 |
| SIN CORRECCION OI | 20/20 |

## EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

| | |
|---|---|
| OD | NORMAL |
| OI | PTERIGIO NASAL GRADO 1 |

## COVER TEST

| | |
|---|---|
| LEJOS | ORTHO |
| CERCA | ORTHO |
| HIRSCHBERG | CENTRADO |
| P.P.C | 6 CM |
| MOTILIDAD OCULAR | NORMAL |

## QUERATOMETRIA

| | |
|---|---|
| OD | NO APLICA |
| OI | NO APLICA |

## OFTALMOSCOPIA

| | |
|---|---|
| OD | FONDO DE OJO NORMAL |
| OI | FONDO DE OJO NORMAL |

## REFRACCION

| | |
|---|---|
| **OJO DERECHO** | |
| ESTATICA | NO APLICA |
| DINAMICA | NO APLICA |
| **OJO IZQUIERDO** | |
| ESTATICA | NO APLICA |
| DINAMICA | NO APLICA |

## TEST ADICIONALES

| | |
|---|---|
| TEST ADICIONALES | NO APLICA |
| VISION CROMATICA | NORMAL |
| ESTERIOPSIS | NORMAL |
| TITMUS | NO |
| **RX EN USO** | |
| OD | CORRECCION OPTICA PERMANENTE LENTES PROGRESIVOS |
| OI | CORRECCION OPTICA PERMANENTE LENTES PROGRESIVOS |

## DIAGNOSTICO

| | |
|---|---|
| DIAGNOSTICO 1 | H521: Miopía |
| DIAGNOSTICO PATOLOGICO | H522: Astigmatismo |
| DIAGNOSTICO PATOLOGICO | H524: Presbicia |
| OBSERVACIONES | CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE SE DAN INDICACIONES SOBRE CUIDADO VISUAL Y PAUSAS ACTIVAS REALIZAR CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA |

## RECOMENDACIONES

| | |
|---|---|
| REQUIERE FORMULA | NO |
| CONTROL ANUAL | SI |
| VALORACION OFTALMOLOGICA | NO |

Powered by CamScanner

Cendiatra

# EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/06/07
www.cendiatra.com

| | |
|---|---|
| VALORACION OPTOMETRICA | NO |

**FORMULA OPTOMETRIA**

| | |
|---|---|
| GENERAR FORMULA | NO |

**HISTORIA MANUAL**

| | |
|---|---|
| FORMATO MANUAL | NO |

**FORMULA OPTOMETRIA**

| | |
|---|---|
| **OD** | |
| ESFERA | NO APLICA |
| **OI** | |
| ESFERA | NO APLICA |
| **ADICION** | |
| ADD | ADD +175 |
| AGUDEZA VISUAL | 0. 50 M |
| OBSERVACIONES | CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE SE DAN INDICACIONES SOBRE CUIDADO VISUAL Y PAUSAS ACTIVAS REALIZAR CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA |

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

**Consentimiento Informado del Trabajador:**
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.




ADRIANA ROCIO RUIZ ARIAS
RM: 52967831



HERMES MELO SANTAMARIA
CC 13525750

Powered by CamScanner