CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.512

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	10 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	SUB RED SUR OCCIDENTE
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ARTEAGA CHAVEZ ANA MARCELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	41 AÑOS 9 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	52746007 (Numero)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	OTROS : EVITAR JORNADAS LABORALES EN HORARIOS NOCTURNOS Y JORNDAS DE MAS DE 8 HORAS DIA 6 DIAS A LA SEMANA.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO PERIODICO POR EPS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: DTO. SALUD OCUPACIONAL

Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER

R. M.: 253781/03 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
J1261P1V6512

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARTEAGA CHAVEZ ANA MARCELA

CC: 52746007

Powered by CamScanner

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

Atención Nº: 1.185

DATOS PERSONALES

Fecha: 18/10/2024 Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) CC: 52746007 Nombre: ARTEAGA CHAVEZ ANA MARCELA Edad: 41 AÑOS 9
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA Empresa: SUB RED SUR OCCIDENTE
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: MÁS DE 1 AÑO
Lugar del Último Examen: IPS Motivo Consulta: PACIENTE REFIERE "IRRITACIÓN OCULAR Y PTERIGIO OD".

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	MAMÁ HTA
ANTECEDENTES PERSONALES	EPILEPSIA (EN TRATAMIENTO)
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	NO
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	NO APLICA
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/50	1.00M	-	NO TIENE	20/-	-
O.I:	NO APLICA	20/20	0.50M	-	-	20/-	-
A.O:	NO APLICA	20/20	0.50M	-	-	20/-	-

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

*** TRICROMATA-AV ESTEREOSCOPICA MEDIA ***
1. PACIENTE DEBE UTILIZAR CORRECCIÓN ÓPTICA DE USO PERMANENTE, VISIÓN LEJANA Y PRÓXIMA.
2. SE DAN PAUTAS DE HIGIENE VISUAL TERAPIA 20/20/20 (POR 20MN QUE SE ENCUENTRE MIRANDO EN VISIÓN PRÓXIMA "CERCA" MIRÉ 20 SEG DE LEJOS FIJANDO UN PUNTO A 20 PIES "6 METROS".
3. CONTROL 1 AÑO.

OPTOMETRA

Dra. Liliana Cupitra
Optometra

Firma:
Nombre: EXTERNO OPTOMETRA
R. M.: 900171517 L.S.O.:

Código de Seguridad
Z1261F3L1185

PACIENTE

Firma:
Nombre: ARTEAGA CHAVEZ ANA MARCELA
CC: 52746007

Powered by CamScanner