C&M CONSULTORES
IPS S.A.S



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4,163

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	06 MES	2023 AÑO	EL BANCO (MAGDALENA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CENTRO DE SALUD SAMUEL VILLANUEVA VALEST E.S.E.	CENTRO DE SALUD SAMUEL VILLANUEVA VALEST E.S.E.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE Tipo de Documento de identificación CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería TI: Tarjeta de Identidad PT: Pasaporte

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de identificación	
CABARCAS BAÑOS DANILO JAVIER	MASCULINO	34 AÑOS 11 MESES 23 DIAS	Tipo: CC	Número: 1085046194

Cargo:
AUXLIAR DE FACTURACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL:
SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) — N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	OPTOMETRIA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MEDICO ESPECIALISTA NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:	C&M CONSULTORES IPS S.A.S Nit 900.427.116-1	Firma:	Danilo Cabarcas
Nombre:	CALDERON BECERRA OSCAR YESID	Nombre:	CABARCAS BAÑOS DANILO JAVIER
R. M.:	2021-05 L.S.O.: 16447-2011	CC:	1085046194

Software para el sector salud - www.siafia.com.co

ÓPTICA Integral
PLAZA ROJA
NIT: 1085038752-5

3122087858
Calle 5 # 7-12
B. San Francisco
EL BANCO - MAGD.

FECHA 02/06/23

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE Dimbo Cubarcas Brito DOCUMENTO IDENTIDAD 1082046194
EDAD 34 FECHA DE NACIMIENTO 17-Nov-88 SEXO M OCUPACIÓN Fisioterapeuta
DIRECCIÓN DE DOMICILIO/LUGAR Cll 9 #5-60. ESTADO CIVIL _____ TELEFONO 3148520770
ASEGURADORA _____ CITA PROGRAMADA _____ HORA DE ATENCIÓN _____
CORREO ELECTRÓNICO _____ FECHA ULTIMO CONTROL _____ CELULAR _____
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE _____ PARENTESCO _____ TELÉFONO _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE DEL PACIENTE _____ TELÉFONO _____

MOTIVO DE LA CONSULTA Visometria

ANAMNESIS
No usa Miopticos

ANTECEDENTES
No Refiere

AGUDEZA VISUAL

						PH	RX USA
SC VL OD	20/20	VP 050	CC VL OD		VP	OD	OD
OI	20/20	VP 050	OI		VP	OI	OI

OBSERVACIONES

EXAMEN EXTERNO
OD _____ OI _____

FONDO DE OJO
OD _____ O I _____

DESCRIPCIÓN BIOMICROSCOPIA
OD Ojos Normales y Completos
OI Ojos Normales y Completos

DESCRIPCION FONDO DE OJO
OD Retina aplicada
OI
MOTILIDAD OCULAR

CVT // VL
VP
PPC

PIO OD
PIO OI
TIPO

QUERATOMETRIA
OD
OI
MIRAS

REFRACCION

	AV	SUB JETIVO	ADD	AVCC
OD		OD		
OI		OI		

PRESCRIPCION FINAL ADD

	AV VL	AV VP	DPN	A.B.
OD	+0.50 x 0			
OI	+0.50 x 0			

TEST DE COLOR
TEST DE PROFUNDIDAD
DIAGNOSTICO Hipermetropia AO

CODG RIPS

CONDUCTA: Prescripción opt

CONTROL: 1 año

FIRMA DE PROFESIONAL

FIRMA DEL USUARIO