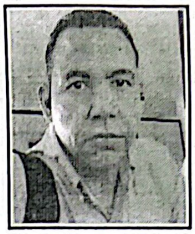
CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.453

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	PARTICULAR
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)

MARTINEZ GUITERREZ JUAN MANUEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC	1019014578
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: MOLINA RAMOS SILVIO JAVIER	Nombre: MARTINEZ GUITERREZ JUAN MANUEL
R. M.: 440050 L.S.O.: 168/2022	CC: 1019014578

Powered by CamScanner

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com

REMISIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 11 de enero de 2024

Señor (es)
EPS
Ciudad

Por medio de la presente agradecemos la atención del (la) Sr. (a) **MARTINEZ GUITERREZ JUAN MANUEL** con CC. **1019014578**, quien ha sido valorada por nuestra institución como parte de las actividades de medicina preventiva y del trabajo de la empresa PARTICULAR, para lo cual suministramos la siguiente información:

Cargo	CONTRATISTA	**Dependencia**	NO APLICA
Antigüedad en la empresa	0 AÑO(S)	**Edad**	36 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS
antigüedad en el cargo	0 AÑO(S)	**Género**	MASCULINO

Protocolo: **Visual** ☐ **Auditivo** ☐ **Lesiones OM** ☐ **Cardio V** ☐ **METABOLICO** ☒

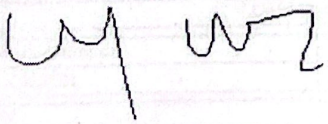
Diagnóstico E669 - OBESIDAD, NO ESPECIFICADA,

Diagnostico según protocolo **Sano** ☐ **Sospechoso** ☐ **Caso** ☐

Ampliación de la Información: OBESIDAD.

Agradecemos la atención a la presente.

Cordialmente,



Firma:

Nombre: MOLINA RAMOS SILVIO JAVIER

R. M.: 440050 **L.S.O.:** 168/2022

Powered by CamScanner

CRH IPS
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquín, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 23941

Fecha: 11/01/2024 Ciudad: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: COMPARTA
CC: 1019014578 Nombre: MARTINEZ GUITERREZ JUAN MANUEL Edad: 36 AÑOS 8 M Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 07/05/1987 Empresa: PARTICULAR Ocupacion: CONTRATISTA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
HOSPITAL DE AGUACHICA	ABOGADO ASESOR	NINGUNA	NO APLICA	0	7

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

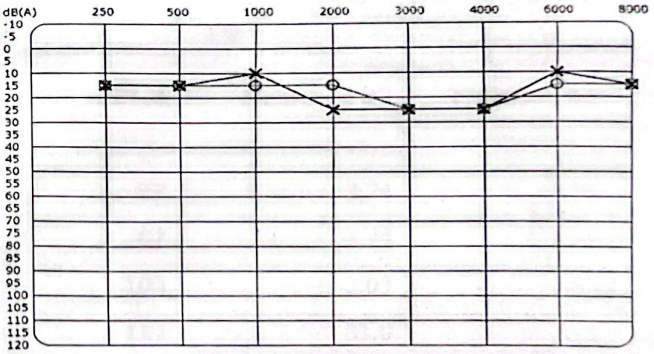
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	SI
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	CONDUCE CARRO
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLAID A177 PLUS F. Ultima Calibración: 2022-07-14

○ : Via aérea del OD × : Via aérea del OI
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	15	25	25	15	15
VAOI	15	15	10	25	25	25	10	15

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: Luz Marina Contreras Pinto TERAPEUTA DE LENGUAJE
Nombre: CONTRERAS PINTO LUZ MARINA
R. M.: 2-C-82 L.S.O.:

TRABAJADOR

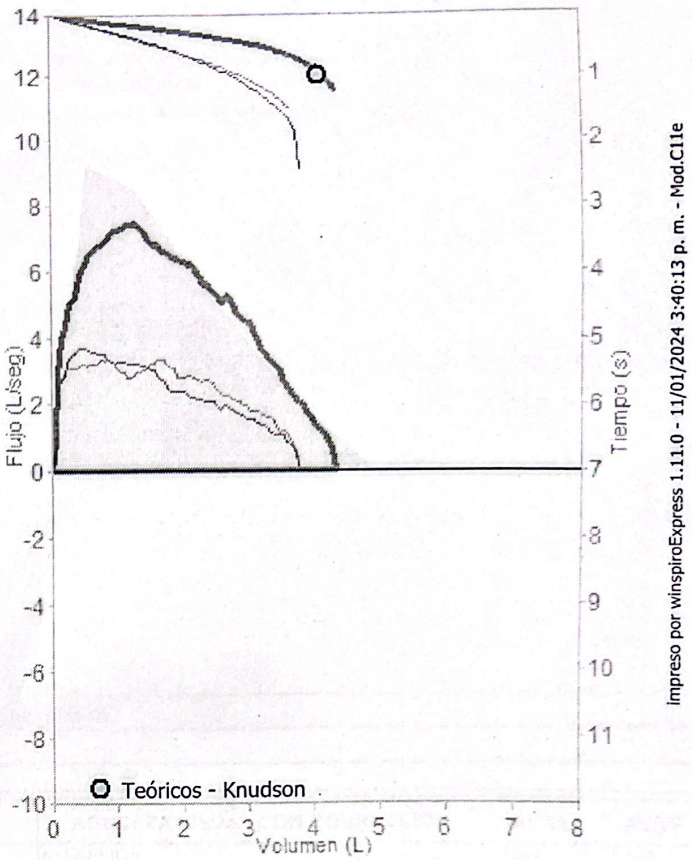
Firma:
Nombre: MARTINEZ GUITERREZ JUAN MANUEL
CC 1019014578

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

Powered by CamScanner

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo



Impreso por winspiroExpress 1.11.0 - 11/01/2024 3:40:13 p. m. - Mod.C11e

Datos del paciente

Apellido	MARTINEZ GUTIER	Edad	36
Nombre	JUAN MANUEL	Género	Varón
Fecha de nacimie	7/05/1987	Altura, cm	175
Grupo étnico	Caucásico	Peso:, kg	97

Interpretación

Espirometría normal

Mejores valores de todas las curvas

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured	%Predicted
FVC	L	4,92	**4,30**	**87**
FEV1	L	4,07	**4,19**	**103**
FEV1/FVC	%	83,3	**97,4**	**117**
PEF	L/s	9,20	**7,48**	**81**

Fecha 11/01/2024 3:00:44 p. m.

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured #1	%Predicted	Measured #2	Measured #3
Capacidad vital forzada						
FEV6	L	4,92	**4,30**	**87**	3,74	3,76
FVC	L	4,92	**4,30**	**87**	3,74	3,76
FEV1	L	4,07	**4,19**	**103**	3,03	2,87
FEV1/FVC	%	83,3	**97,4**	**117**	81,0	76,3
PEF	L/s	9,20	**7,48**	**81**	3,37	3,75
FEF2575	L/s	4,31	**5,99**	**139**	3,02	2,62
ELA	años	36	**36**	**100**	72	77
FIVC	L	4,92			0,00	0,00

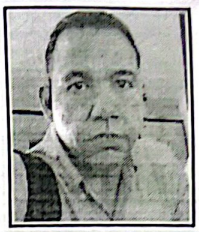
Informe médico

Firma

Instrumento usado
Spirobank_USB S/N P02218

Powered by CamScanner

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES — Atención Nº: 28,997

Fecha: 11/01/2024 Municipio: VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) CC: 1019014578 Nombre: MARTINEZ GUITERREZ JUAN MANUEL Edad: 36 AÑOS 8
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: CONTRATISTA Empresa: PARTICULAR
Eps: COMPARTA Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VALLEDUPAR Motivo Consulta: AASINTOMATICO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
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/ 30	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/25	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SANO**
OJO IZQUIERDO: **SANO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	000	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	000	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

Powered by CamScanner

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

ESTA FÓRMULA NO ES APTA PARA LENTES DE CONTACTO, LOS PRODUCTOS (LENTES OFTÁLMICOS) NO SUMINISTRADOS POR EL PROFESIONAL QUE REALIZO EL EXAMEN VISUAL NO TIENEN GARANTÍA.

CUANDO TRABAJE CON PANTALLAS DE VIDEO TERMINALES, TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: PARPADEE CADA 5 SEGUNDOS O CADA VEZ QUE LO RECUERDE; APROXIMADAMENTE CADA 20 MINUTOS DE TRABAJO CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO (6 METROS); CADA 3 HORAS DE TRABAJO EN COMPUTADOR, CIERRE LOS OJOS SUAVEMENTE E IMAGINE UNA VISIÓN PANORÁMICA, COMO EL MAR, DURANTE UN MINUTO; SITÚESE SIEMPRE A POR LO MENOS 40 CMS. DE LA PANTALLA DE VIDEO TERMINAL Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS; PROCURE QUE EL PUESTO DE TRABAJO TENGA ADECUADAS CONDICIONES DE ILUMINACIÓN, ACORDE CON LAS EXIGENCIAS DEL OFICIO.

OPTOMETRA

Leydy Blanco V.

Firma:

Nombre: BLANCO VILLADIEGO LEYDY YANETH

R. M.: 2105 **L.S.O.:**

PACIENTE

JUAN M. MART

Firma:

Nombre: MARTINEZ GUITERREZ JUAN MANUEL

CC: 1019014578

Powered by CamScanner