

Concepto Aptitud Ocupacional

28211

Hora Ingreso:

7:10

Hora Egreso:

8:24

FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))				
4	1	2024	Ingreso	<input checked="" type="checkbox"/> Egreso	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Altura

## DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

Razón Social	PARTICULARES	Dirección del centro de trabajo
--------------	--------------	---------------------------------

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

HURTADO ROSAS LENNY KEYI				CC 34548460
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Género (Marque con una X)		Fecha de Nacimiento	Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)
Femenino	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	19 5 1965	58	NUEVA EPS

## INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)
	INSTRUCTORA	SERVICIOS Y OTROS	

## CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral , Consulta de Optometría , Audiometría , MUESTRA DE LABORATORIO (GLICEMIA)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi 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 la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completos y son verídicas. 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

## CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Sin Patología Aparente

☐ Sospecha De Enfermedad Laboral

## RECOMENDACIONES

### Ocupacionales

- ☒ Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- ☒ Higiene Postural
- ☒ Higiene Biomecánica Integral
- ☒ Pausas Activas Laborales
- ☒ Uso De EPP
- ☒ Cultura Del Autocuidado

### Médicas

- ☐ Valoración Por Optometría Prioritaria
- ☐ Valoración Por Medicina General EPS
- ☐ Valoración Por ARL
- ☐ Valoración Por Medicina Laboral EPS
- ☐ Valoración Por Nutricionista EPS

### Capacitación y Entrenamiento

- ☐ Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

### Sistema Vigilancia Epidemiológico

- ☐ SVE Salud Auditiva (Énfasis en protección Auditiva)
- ☐ SVE Cardiovascular
- ☐ SVE Salud Visual
- ☐ Corrección Óptica Permanente
- ☐ SVE Salud Respiratoria
- ☐ SVE Biomecánico

### Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- ☒ Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- ☐ Énfasis En Estiramientos Integrales
- ☒ Nutrición Balanceada
- ☐ Cesación De Tabaquismo
- ☐ Reducción Consumo de Alcohol

### Condición de Salud - Otros

Examen médico laboral de ingreso con énfasis osteomuscular, sin hallazgos patológicos, sin restricciones para las actividades del cargo, mantener adecuada higiene postura, autocuidado, uso de EPP según su puesto de trabajo, pausas activas, estilos de vida saludable, hacer ejercicio, nutrición balanceada, tomar líquidos, uso de protector solar

Evaluado por	Trabajador
Firma	Firma
Nombre	Nombre
Registro	Documento
PAULA ANDREA TORO CHAMORRO	HURTADO ROSAS LENNY KEYI
RES SO 090/2019	CC 34548460

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

### Notas:

- 1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
- 2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genere en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica". "En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexas copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
- 3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

# SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

CRA 15 N° 14-60 BRR OBRERO II Teléfonos 3209506624 Fax - Mocoa - Putumayo



## AUDIOMETRIA

28211

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN

4

1

2024

MOCOA

TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))

Ingreso



Egreso



Periódico



Otro



### DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ

Razón Social PARTICULARES

Dirección del centro de trabajo

### DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

HURTADO ROSAS LENNY KEYI

CC 34548460

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género (Marque con una X)

Fecha de Nacimiento

Edad (años)

EPS (A la que se encuentra afiliado)

Femenino



Masculino



19

5

1965

58

NUEVA EPS

### INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa

Cargo

INSTRUCTORA

Sección

SERVICIOS Y OTROS

Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)



ANTECEDENTES LABORALES

Empresa Anterior

PARTICULAR

Cargo

INSTRUCTORA

Tiempo (años)

AÑOS

Tipo de Elemento de Protección

NO

### EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES

Tipo de Riesgo

TIEMPO DE EXPOSICIÓN

USO DE PROTECCION AUDITIVA

TIPO DE PROTECCION AUDITIVA

(Marque con una (x) según exista / existió exposición. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

SI

NO

Acumulada (Años)

Diaria (horas)

SI

NO

Exposición a ruidos



0

0



### ANTECEDENTES PERSONALES

GENERALES

SI

NO

AUDITIVOS

SI

NO

Habito Fumar



Otitis



Servicio Militar



Otalgia



Hobbies con exposición al ruido



Tinitus



Infección al oído



Cirugías



Uso de ototóxicos



Traumas



Otro



Vertigo



Cual(es) Lateralidad DIESTRO

Tipo de sangre B POSITIVO

### SINTOMAS Y SIGNOS

SI

NO

SI

NO

SI

NO

Disminución de la audición



Zumbido



Infección al oído



Dolor de oídos



Mareos



### EVALUACION

A. OTOSCOPIA

B. DIAPASONES

O.D. ALTERADO

O.I. ALTERADO

O.D.

RINNE Y WEBBER

O.I.



Pabellón Auricular



0

250 Hz

0



Conducto Auditivo



0

500 Hz

0



Membrana Timpanica



0

1000 Hz

0

Observaciones

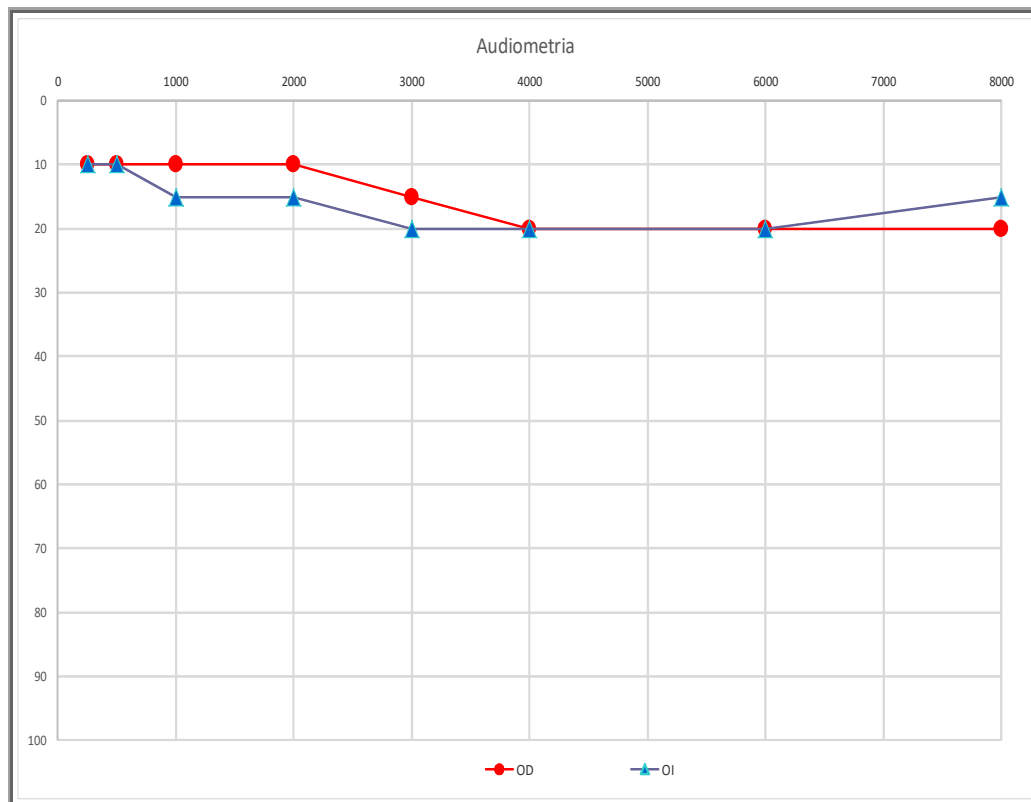
OÍDO DERECHO: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y MEMBRANA TIMPÁNICA NORMAL

# SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

CRA 15 N° 14-60 BRR OBRERO II Teléfonos 3209506624 Fax - Mocoa - Putumayo

## C. AUDIOMETRIA

	O.D
250 Hz	10
500 Hz	10
1000 Hz	10
2000 Hz	10
3000 Hz	15
4000 Hz	20
6000 Hz	20
8000 Hz	20
	O.I.
250 Hz	10
500 Hz	10
1000 Hz	15
2000 Hz	15
3000 Hz	20
4000 Hz	20
6000 Hz	20
8000 Hz	15



## DIAGNOSTICO

AUDICION BILATERAL NORMAL (DENTRO DE LOS RANGOS ESPERADOS)

## RECOMENDACIONES

EVITAR SONIDOS EXTRIDENTES. UTILIZAR EPP. LIMPIEZA OTICA FRECUENTE  
USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS

Evaluated by

Firma

Nombre

Registro

LILIAN DEYANIRA ESTRADA SOLARTE

RP 009056

Aspirante o Trabajador (Autoricé la practica de este examen)

Firma

Nombre

Documento



# OPTOMETRIA

## 28211

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN			
4	1	2024	MOCOA
TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))			
Ingreso	<input checked="" type="checkbox"/>	Egreso	<input type="checkbox"/>
Periódico	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

### DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ

Razón Social	PARTICULARES	Dirección del centro de trabajo
--------------	--------------	---------------------------------

### DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

HURTADO ROSAS LENNY KEYI				CC 34548460			
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Género (Marque con una X)		Fecha de Nacimiento		Edad (años)		EPS (A la que se encuentra afiliado)	
Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		19 5 1965		58		NUEVA EPS	

### EVALUACION

A. AGUDEZA VISUAL					B. LENSO METRIA							
	Sin Corrección		Con Corrección			Visión Lejana		Visión Próxima				
	Visión Lejana	Visión Próxima	Visión Lejana	Visión Próxima								
Ojo Derecho	20/25	20/200	20/20	20/20	Ojo Derecho							
Ojo Izquierdo	20/25	20/200	20/20	20/20	Ojo Izquierdo							
C. EXAMEN EXTERNO (Marque con una (x) la casilla correspondiente según sea afirmativo o negativo).					D. ESTADO MOTOR							
	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO		Cover Text Visión Lejana			Ortoforia				
	SI	No	SI	No	Cover Text Visión Próxima 40 cms			Exofovia				
Pinguécúla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Punto próximo de convergencia			6cm				
Resequedad Ocular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Marque con una "X" la casilla Normal o Anormal según corresponda			OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO		
Inyección Conjuntiv	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				Normal		Anormal		Normal
Hiperemia Conjuntival	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Estereopsis							
Ptosís Palpebral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Visión Cromática			NORMA				
Pterigio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Campo Visual			X				
Secreción Ocular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				X				
Edema Palpebral	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				X				
Blefaritis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				X				

### OBSERVACIONES

### DIAGNOSTICOS (Marque con una (x) según corresponda)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Refracción No Corregido		
Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hipermetropia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Refracción Adecuadamente Corregido		
Astigmatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presbicia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido		
Ambliopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problema de Motilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No requiere corrección		
Insuficiencia de Convergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### RECOMENDACIONES (Marque con una (x) según corresponda)

Control en un año	<input type="checkbox"/>	Corrección óptica con anteojos	<input type="checkbox"/>	Valoración por ortóptica	<input type="checkbox"/>
Control en seis meses	<input type="checkbox"/>	Corrección óptica con lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	Valoración por oftamología	<input type="checkbox"/>

### OBSERVACIONES

Evaluado por		Aspirante o Trabajador (Autoricé la practica de este examen)	
Firma		Firma	
Nombre	SANDRA YANETH HIDALGO CAICEDO	Nombre	
Registro	0126	Documento	

**LABORATORIO CLINICO LUZ EDILIA LÓPEZ C.**

codigo de habilitacion 860010080101 Nit: 27354639-3

Dir. CARRERA 13 N°14-00 BARRIO JARDIN DIAGONAL NOTARIA Tel. 3112235684.

**RESULTADO DE LABORATORIO:**

Folio No: 56690

**PACIENTE:** HURTADO ROSAS LENNY KEYI**IDENTIFICACION:** CC34548460**No HISTORIA:** 34548460**EMPRESA:** PARTICULAR.**RESULTADO No:** 581**E.CIVIL:** Otro**EDAD:** 59 Años 8 Meses**SEXO:** Femenino**FEC. NAC:** 19/05/1965**Admision No:** 0**FECHA ATENCION:** 27/01/2025 10:27 a. m.**TELEFONO:** 3172433868**MUNICIPIO:** MOCOA PUT**DIRECCION:** MOCOA**PROFESIONAL:** MEDICO GENERAL**Química Sanguínea****Nombre de la Prueba:**

Glicemia basal:

**Resultado:**

95.2

**Unidad:**

mg/dl

**Min Ref.**

70

**Max Ref.**

105

**Valor de Referencia**

Niños: 30-90

**NOTA ACLARATORIA:**

Fec Impresion: 27/01/2025 02:52:01 p. m. Usuario: LEYDI Infosalud Net

Pagina No:

1

**PROFESIONAL:** LOPEZ CORDOBA LUZ EDILIA  
**ESPECIALIDAD:** BACTERIOLOGIA  
**REGISTRO:** 0285**FIRMA Paciente/Acudiente**