GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel 3103377634 - 7457713

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Fecha impresión 07/05/2024 08:43:50

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 07/05/2024 08:33:00 Empresa SENA

Nombre JOHN ALEJANDRO NIÑO TAMBO Tel 3177603272

Cargo INSTRUCTOR Doc. Identidad CC 7179530

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

1 EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Apto con recomendaciones

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

SE REALIZA ENCUESTA PARA CORONAVIRUS SIN HALLAZGOS POSITIVOS.
VACUNA COVID 1 DOSIS.
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN SST, HIGIENE POSTURAL ADECUADO MANEJO DE CARGAS CON PESO NO SUPERIOR A 25 KG, USO CORRECTO DE LOS EPP. VALORACION POR MEDICINA GENERAL EPS.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (X) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X)	NO ( )	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI (X)	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Patricia Doza C.
MÉDICO CIRUJANO
ESP EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 0946 DEL 26/08/11

DIANA PATRICIA DOZA C.
ESP. SALUD OCUPACIONAL RES. 0946
26/08/2011

Trabajador: JOHN ALEJANDRO NIÑO TAMBO
CC: 7179530
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **25/05/2024**

Doc. Identidad **CC 7179530** Nombre **JOHN ALEJANDRO NIÑO TAMBO** Fecha Nacimiento. **02/06/1981**
Entidad **CONTROL INTERNO** Edad **43 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EVENTO 27 Cargo INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn PORVENIR EPS NUEVA EPS ARL NINGUNA

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO ( ) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				**20/20**	**20/20**
OI				**20/20**	**20/20**
AO				**20/20**	**20/20**

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			º	
OI			º	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	(X)	(X)
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **S Y C** Versiones: **S Y C** PPC: **10/12**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**60 SEG**	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**60 SEG**	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )

Otros:

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

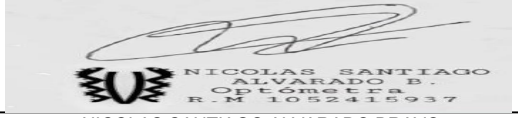
Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES
pcte no requiere rx permanente

OBSERVACIONES
pcte no requiere rx permanente



NICOLAS SANTIAGO ALVARADO BRAVO
OPTOMETRA RM 1052415937

GRUPO PREVENSO LTDA
Nit. 820005100 - 6
Dirección: Carrera 13 No. 22-81 Barrio Popular - Tunja
Tel: 3103377634 - 7457713

AUDIOMETRÍA

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

Nombre **JOHN ALEJANDRO NIÑO TAMBO** Doc. Identidad **7179530**

Teléfono **3177603272** Edad **43** Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **CONTROL INTERNO** Fecha **24/05/2024** Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

◯ SI Tiempo
⊗ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

	Cargo	Años	EPP
◯ SI	INSTRUCTOR		
⊗ NO			

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:
Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA
◯ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
◯ Congénito ◯ Adquirido

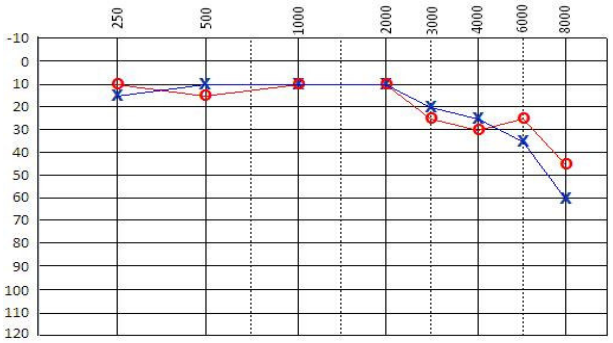
DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD CAE _____ OI CAE _____
MT _____ MT _____



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		15	10		10		10	20	25	35	60
OD		10	15		10		10	25	30	25	45
VO OI											
OD											

NBN **WN** **SN**

Observaciones
UMBRALES AUDITIVOS CONSERVADOS CON DESCENSO MOD EN FR 8K HZ OIDO DERECHO, OIDO IZQUIERDO 6 Y 8 K HZ.

Diana Patricia Doza C.
MÉDICO CIRUJANO
ESP EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 0946 DEL 26/08/11

DIANA PATRICIA DOZA C.
ESP. SALUD OCUPACIONAL RES. 0946 26/08/2011

PROSERVANDA
SG-SST S.A.S

Nit. 830129499-8
Diagonal 45 D No 20- 22 Bogotá D.C.
Cel. 322 3075187 – 5103431
www.fundacionproservanda.com
comercial@proservanda.org



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 119.413

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	05 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

UNION TEMPORAL RIESGOS LABORALES 2020	SECRETARIA EDUCACION CUNDINAMARCA
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)

NIÑO TAMBO JOHN ALEJANDRO	Genero: MASCULINO	Edad: 41 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo)	7179530 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos:			

Cargo
DOCENTE DE AULA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

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:

VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN DE VOZ	✓
TEST PSICOLÓGICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN ARAS DE PRESERVAR LA SALUD DE NUESTROS PROFESIONALES Y PACIENTES, LA PRUEBA COMPLEMENTARIA A SU EXAMEN OCUPACIONAL "ESPIROMETRÍA" NO LE SERÁ PRACTICADA. ESTO, YA QUE SU NATURALEZA PROPICIA LA EMISIÓN AÉREA DE MICRO GOTAS DE SALIVA QUE CONSTITUYEN EL PRINCIPAL MEDIO DE TRASMISIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRA EL SARS - COV 2.

SE RECOMIENDA EJERCICIOS RESPIRATORIOS, AUMENTAR EL CONSUMO DE AGUA, EVITAR CARRASPEO, EJERCICIOS DE RELAJACIÓN.

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
Dra. Isabel Cristina González Medina Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales R.M. 1098687766 - Res. 18589	
Firma:	Firma:
Nombre: GONZALEZ MEDINA ISABEL CRISTINA	Nombre: NIÑO TAMBO JOHN ALEJANDRO
R. M.: 1098687766 L.S.O.: 18087	CC: 7179530

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