DR GABRIEL MENESES
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 67 6901
316 224 7199 - 316 629 8211
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 572695826998

EMPRESA CONTRATANTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO	FECHA:2024-01-27
NOMBRE: GUSTAVO ADOLFO CASTILLO TRUJILLO	C.C: 5826998
CARGO: INSTRUCTOR	CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NORMAL COMENTARIO: BILATERAL
EXAMEN DE VISION: DISCROMATOPSIA COMENTARIOS: A.O. 20/20 VISUALMENTE SANO.
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES
LABORATORIOS:(LABORATORIOS DEL DIA 27/01/2024 HIPERGLICEMIA.) / /LABORATORIOS: (EXAMEN DE GLICEMIA REALIZADO) ,
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO	ANOTACION:APTO PARA EL CARGO.

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: SI REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	DIETA:SI EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / CARDIOVASCULAR:SI / PSICOLABORAL:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

1).SE RECOMIENDA INDUCCIÓN PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN EL AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA, LA SILLA QUE SE UTILICE SIEMPRE DEBE TENER ESPALDAR Y DEBE PERMITIR LA ADECUADA POSTURA DEL TRABAJADOR.
3).ADECUADA HIGIENE POSTURAL. REPORTAR TODO ACCIDENTE O INCIDENTE QUE OCURRA EN EL TRABAJO
4).CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS. CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS Y NUTRICIÓN PARA AMPLIAR ESTUDIOS Y DEFINIR METAS METABÓLICAS, REPETIR LABORATORIOS EN 3 MESES PARA VALORAR ADEHRENCIA A MEDIDAS DIETETICOHIGIENICAS, INCLUIR EN SVE CARDIOVASCULAR PARA SEGUIMIENTO
5).EVITAR HABLAR EN LUGARES CON UNA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA ALTA , SI VA A HABLAR DURANTE UN PERÍODO PROLONGADO CALIENTE LA VOZ ANTES DE EMPEZAR. CONSIDERAR EL USO DE UN MICRÓFONO EN AMBIENTES AMPLIOS, COMO UNA SALA DE CLASE.

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018	COMPRUEBE SU CERTIFICADO	C.C: 5826998

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

Dra. Eliana Gutiérrez
Laboratorio Clínico

Fecha de toma: 27-ene.-24 Hora: 10:08 a. m.
Consecutivo: 4662 -
Paciente: GUSTAVO CASTILLO TRUJILLO
Identificación: CC : 5826998
Edad: 42 Años Género: MASCULINO

F. impresión: 27/01/2024 11:17:53 a. m.
Entidad: DOCTOR ALEXANDER MENESES
Doctor: 0

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD		VR DE REFERENCIA
QUIMICA SANGUINEA				
GLICEMIA :	126,00	mg/dL	CONFIRMADO	PREMATURO 20-60 0 A 1 DIA 40-60 MAYOR DE 1 AÑO 50-80 NIÑOS 65-100

Técnica: Enzimática Colorimétrica.

!f&C))f<CC&&:E4&E&<

VALIDADO
Eliana Gutierrez
ELIANA DEL PILAR GUTIERREZ
Bacteriologa U.C.M
Reg. Prof. 1090

Dra. Sindry J. Orjuela

FONOAUDIOLOGA U.M.B.
ESPECIALISTA SST / U. COOP. DE COLOMBIA
Res. 2382 2015-26-11
300 407 1760

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Fecha: 27-02-2024 Empresa: Sena

Nombre: Gustavo Adolfo Castillo Trujillo C.C.: 5826998

Edad: 52 Sexo: F ____ M X Tipo de Examen: I X P ____ R ____

Cargo: Instructor Área: Operativo Antiguedad: 0

Reposo Auditivo: SI ____ NO ____ Cabina: ____ Audiocups: ____

A. ANTECEDENTES PERSONALES

Otológicos	SI	NO
Otalgia		
Otitis		
Otorrea		
Otorragia		
Prurito		
Sensación de oído tapado		
Vértigo		
Tinnitus		
Hipoacusia subjetiva		
Otros		

Quirúrgicos	SI	NO
Cirugía de oído		
Timpanoplastia		
Otros		

Patológicos	SI	NO
Hipertensión Arterial		
Diabetes		
Rinitis - Sinusitis		
Otros		

Extralaborales	SI	NO
Tejo		
Moto	X	
Discoteca		
Música intracanal	X	
Servicio Militar		
Polígono		
Instrum. Musical		
Otros		

B. OTOSCOPIA

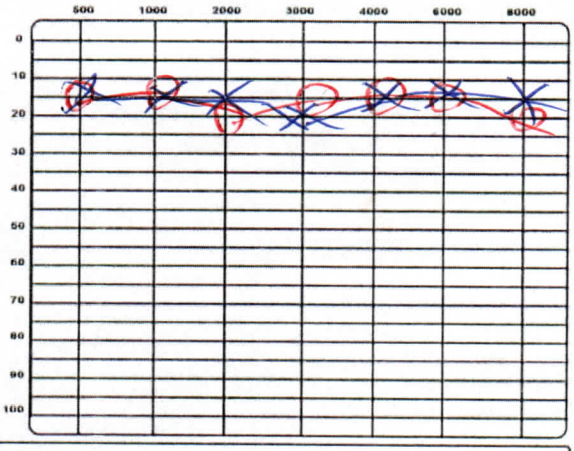
Oído derecho Normal

Oído izquierdo Normal

D. ANTECEDENTES LABOARLES

Empresa	Cargo	Tiempo	Protección Auditiva

C. EVALUACIÓN



Convenciones	Oído Derecho (Rojo)	Oído Izquierdo (Azul)
Conducción aérea	O	X
Inaudible	↓	↓

E. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO DESCRIPTIVO

Oído Derecho ____

Oído Izquierdo ____

Audición Bilateral Audición Normal

Observaciones: ____

OSHA Normal (0-25db) Leve (26-45 db) Moderada (46-60 db) Severa (61-80 db) Profunda (>80db)

F. DIAGNÓSTICO AUDIOMÉTRICO GATISO

	O.D	O.I	Bilateral
500			
1000			
2000			
3000			
4000			
6000			
8000			
Normal			

N = Normal
L = Leve
M = Moderado
S = Severo
P = Profundo

Consentimiento Informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios,riesgos, y acepto la realización de la audiometría, así mismo autorizo a la entidad y a sus profesionales de Salud para el manejo de la información aquí contenida, la cual puede ser utilizada para seguimiento y análisis o para determinar las características estadísticas de Diagnóstico de condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad Médica, Refiero entender lo descrito en el consentimiento Informado y de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

Dra. Sindry J. Orjuela
FONOAUDIOLOGA
ESPECIALISTA SST
Res. 2382 2015-26-11

Sindry J. Orjuela.
Fonoaudiologa RUN No. 13 02502

Firma Paciente X

G. RECOMENDACIONES

Control según SVE	X
E.P.P. Auditivo según SVE	
Audiometría confirmatoria	
Valoración control por ORL	
Examenes complementarios	
Limpieza ótica	
Reposo Auditivo extralaboral	X

TIP Y LIT SAS RAFAEL AYA VARON - NIT 53.166.224-5 TEL 2614143 IBAGUE

Powered by CamScanner

Optica SOFFY VISION

Luz Stella Garzón M.

Optómetra FUSM

Calle 62 No. 6-12 Barrio Prado Alto
(Detrás de la Clínica Keralty calle 60)
Celular: 320-4025036
Ibagué - Colombia

FECHA DE EXPEDICIÓN: 27 / 01 / 2024

VISIOMETRÍA (X) OPTOMETRÍA ( )

Empresa	Ciudad	Tipo de Exámen Paraclinico
Sena.	Ibagué	INGRESO (X) EGRESO ( ) PERIÓDICO ( )

Apellidos	Nombre(s):	Tel.:
Castillo Trujillo	Gustavo Adolfo	3144515066.

Documentos de Identidad	Ultimo Examen Visual	Fecha de Nacimiento	EDAD
5826998	6 meses	04 / 10 / 1981.	42 años

Cargo	Antigüedad en la empresa	Antigüedad en el oficio (años)
Instructor	Ingreso	15 años

EXPOSICIÓN A RIESGOS ACUPACIONALES EN LA EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR(ES)	Si	No	Acumulados AÑOS	Uso Protección Visual
QUÍMICOS (Humos - gases - vapores - polvos)	x			
RADIACIÓN (Ultravioleta, infraroja, RX, Hornos)	x			
MECÁNICOS (Proyección de Partículas)	x			
USO VIDEO TERMINALES		x		
ILUMINACIÓN INADECUADA: Excesiva		Deficiente		Reflejos x
TRABAJO DE PRECISIÓN VISUAL (Individual)		x		
RIESGO BIOLÓGICO				

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	CUAL
Enfermedades			
Tratamientos			
Medicamentos			
Sintomatología Ocular			
Patología Ocular			
Cirugía Ocular			
Problemas / Refracción			
Tiempo / Evolución	Años		
Usa Corrección			

Tipo de Corrección: Lentes de Contacto ( ) Gafas ( ) Ambos ( )

VALORACIÓN FÍSICA		C. Anteojos	S. Anteojos
Agudeza Visual Lejos	OD		20/20
	OI		20/20
Agudeza Visual Cerca	OD		20/20
	OI		20/20
Hallazgos Segmento Ant.	OD		Leve hiperemia
	OI		(+)
Balance Muscular			Normal
Visión Periférica	OD		Normal
	OI		Normal
Visión de Profundidad			400 seg/Arco
Visión de Colores		Discromatopsia	20 - 24.

RESULTADO

Rx FINAL	AV
OD	
OI	
ADD	

DP (lejos) ( )
DP (cerca) ( )

DIAGNÓSTICO

Emetropia: Correctopsia.
Ametropia:

Corregido ( ) Sin. Corrección ( )
Parcial Corregido ( ) No requiere RX (X)

Disposición: Sano.

RECOMENDACIONES:

Control Periódico ( ) Higiene Visual ( ) Ortóptica ( )
Protección Ocular ( ) Optometria ( ) Oftalmológica ( )

FIRMA PACIENTE
C.C. Nº.

FIRMA EXAMINADOR

Dra. Luz Stella Garzón Rendón
OPTOMETRA
Reg. [illegible] CTNO
FUSM