



EMPREVENIR S.A.S.
Salud Integral Laboral y Familiar
N.I.T. 900801924 - 2

No. de Historia Ocupacional: 52.515.354
(No. documento de Identificación)

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Ciudad **LA DORADA** Fecha (DD-MM-AA) **9 ENERO 2025** Empresa **INDEPENDIENTE**
Apellidos y Nombres **YULIANA ISABEL RONCANCIO HURTADO** D. I. No. **52.515.354** de **BOGOTÁ**
Cargo **GINECÓLOGA** Edad **44** Años Área **Operativa** ☒ **Admtva**

CONCEPTO

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Pre - ingreso	<input checked="" type="checkbox"/>	Periódico	<input type="checkbox"/>	Egreso	<input type="checkbox"/>	Post - incapacidad	<input type="checkbox"/>	Reintegro laboral	<input type="checkbox"/>	Cambio de ocupación	<input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

INGRESO / PERIÓDICO / POST - INCAPACIDAD / REINTEGRO LABORAL / CAMBIO DE OCUPACIÓN

Sin limitaciones o restricciones para la labor	<input checked="" type="checkbox"/>	Con hallazgos que requieren medidas preventivas	<input type="checkbox"/>	Aplazado	<input type="checkbox"/>
Con restricciones para la labor	<input type="checkbox"/>	Reintegro laboral sin restricciones	<input type="checkbox"/>	Reintegro laboral con recomendaciones	<input type="checkbox"/>

RETIRO

Satisfactorio	<input type="checkbox"/>	No Satisfactorio	<input type="checkbox"/>
Sin sospecha o evidencia de enfermedad laboral	<input type="checkbox"/>	Con sospecha o evidencia de secuelas de accidente laboral en el cargo	<input type="checkbox"/>

CUMPLE REQUISITOS DE SALUD PARA TIPOS ESPECIALES DE TRABAJO

TRABAJO EN ALTURAS				MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS				TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS				OTROS			
SI	NO	APL.		SI	NO	APL.		SI	NO	APL.		SI	NO	APL.	

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

CUÁLES	CONDICIONES O FUNCIONES / TIPO DE TRABAJO	AGENTES O FACTORES DE RIESGO	T	P	Meses	RECOMENDACIONES

EXÁMENES PRACTICADOS

Examen Médico con Énfasis Osteomuscular	SI	NO	Exámenes de Laboratorio	SI	NO	Exámenes Especiales	OBSERVACIONES	
Audiometría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuáles:			Cuáles		
Espirometría	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuadro hemático	-	Parcial de orina	-		
Optometría	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glicemia	-	Serología	-		
Visiometría	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Colesterol	-	Frotis faríngeo	-		
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HDL	-	Coprológico	-		
Radiología			<input checked="" type="checkbox"/>	LDL	-	KOH Uñas		-
Rx Tórax	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Triglicéridos	-	Baciloscopia	-		
Rx Columna Cervical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TGO	-	Creatinina	-		
Rx Columna Dorsal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TGP	-	Otros	-		

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

© Control Médico Periódico: ☐
© Remisión a: **CONTROL DE OPTOMETRIA EN UN AÑO**
© Otros: ☐
© Entrega de Dotación y EPP: ☐
© Inducción y Capacitación en: **HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE/ HIGIENE POSTURAL / USO ADECUADO DE EPP / CAPACITACION EN MANEJO DE CARGAS / USO EPP**

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA QUE LE APLICAN

Biomecánico	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Visual	<input checked="" type="checkbox"/>	Auditivo	<input type="checkbox"/>
Dermatológico	<input type="checkbox"/>	Psicosocial	<input type="checkbox"/>						

YULIANA ISABEL RONCANCIO HURTADO

Nombre y Apellido del Trabajador

Yuliana Isabel Roncancio Hurtado
52.515.354

Firma del Trabajador

C. C. No.

MARÍA ISABEL QUERUZ FLÓREZ

Nombre del Médico

Dra. María Isabel Queruz F.
Especialista Seguridad y Salud
Atm. Trabajo
Universidad EAN
R.M. 17188 / LSO 1413

Firma del Médico

Registro MD E.S.T. No. 1413

Autorizo a los Médicos que la Empresa designe, para revisar mis Historias Clínicas que reposen en las empresas donde he laborado y en las IPS donde haya sido atendido, si en ocasión de mi salud fuese necesario.

Certifico que todo lo registrado en esta Historia Clínica Ocupacional es verídico y puede ser confirmado cuando la empresa la estime conveniente.

La información consignada en esta Historia Clínica Ocupacional se encuentra resguardada, según Resolución No. 6398 de 1991 del Ministerio de Trabajo.

OPTICA CIO

CLL 11 # 3-01 LA DORADA CALDAS

Tels. (96) 857 15 64 - Email: mariajuliaotalora@hotmail.com

HISTORIA CLINICA - OPTOMETRÍA

HC No. CC 52515354

Nombre: RONCADIO HURTADO YULIANA ISABEL

Edad: 45 A Sexo: F Fecha: 08/01/2025 5:30 PM Consulta: 3

Dirección: CARRERA 11 N 10--84

Tels: 3128047248 - Est. Civil: CASADO /A Reg.: 3272

Ocupa.: GINECOLOGA

Responsable: -

Tels:

Aseguradora: 000000 PARTICULAR

Tipo:

Servicio originado por ENFERMEDAD GENERAL

Motivo de Consulta OP

OJO DERECHO REFRACTIVO OJO IZQUIERDO

Examen Externo NORMAL

Rx en Uso M : +1.50

Rx en Uso M : +1.50

AV SC Lej : 20/20

Cerca: 2.00

AV SC Lej : 20/25

Cerca: 20/20

AV CC LC Lej: .501

Cerca:

Refracción : +0.50-0.50*0

Refracción : +0.25-0.50*0

Sub S. Ciclo: NEUTRO

AV: 20/20

Sub S. Ciclo: NEUTRO

AV: 20/20

Ref C. Ciclo: NEUTRO

AV: 20/20

Ref C. Ciclo: NEUTRO

AV: 20/20

Rx LO OD: N ADD: +2.25

Rx LO OI: N ADD: 2.25

AV VL: 20/20 AV VP: 0.50

AV VL: 20/20 AV VP: 0.50

Detalle Rx AO: Uso: AR SINGLE POLI+ARS+SAMRT BLUE

SEGMENTO ANTERIOR

Motilidad Ocular AO: NORMAL

Párpado OD: PAPADOS SIMETRICOS

OI: PÁRPADOS SIMETRICOS

Vías Lagrimales - Glándula

OD: NORMAL

OI: NORMAL

Sensibilidad al Contraste

OD: NORMAL

OI: NORMAL

Pupila OD: ISOCROMATICA

OI: ISOCROMATICAS

SEGMENTO POSTERIOR

OD: MEDIOS REFRINGENTES TRANSPARENTE

OI: MEDIOS REFRINGENTES TRANSPARENTEA

Diagnóstico PRESBICIA (H524)

PRESBICIE

Medicamentos FREGGEN 1 GOTA EN CADA OJO 3 VECES AL DIA

Conducta SE DA RX PARA VISION CERCANA

Observaciones CONTROL ANUAL

Dr@.Atendió

CLAUDIA VALLEJO

0