CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000103119

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

n : COMUN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 05/12/2018 10:11:02

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO **C.C** 1024519514

**EDAD** 27 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** DOCENTE



**EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☐ NO ☑ |
| Visiometría | ☐ | Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐ | |
| Audiometría | ☐ | Cuales | ENFASIS OSTEOMUSCULAR |
| Espirometría | ☐ | Radiografías | |

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

**APTO PARA EL CARGO** ☑ MOTIVO PARA LABORAR

**NO APTO** ☐ MOTIVO

**OBSERVACIONES**

VALORACION CIRUGIA GENERAL EPS / INGRESAR SVE MANUAL DE CARGAS / EVITAR CARGAS MAYORES A 15 KG DE PESO
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

**EXÁMEN PERIÓDICO**

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

**EXÁMEN DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 13335/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

**CLINISUR IPS 1 LTDA**
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

**VISIOMETRÍA**

Fecha examen: **18/03/2019**

Doc. Identidad **CC** Nombre **RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO** Fecha Nacimiento. **07/07/1991**
Entidad **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE** Edad **27 años** Ocupación **FORMADOR DEPORTIVO**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa INSTITUTO DISTRITAL DE Cargo FORMADOR DEPORTIVO Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn NO TIENE EPS ARL NO TIENE

## ANAMNESIS

Último Examen Visual 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 (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminución visual de cerca ( ) Disminución 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 | | | | | |

## LENSOMETRIA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| OD | | | ° | |
| OI | | | ° | |

## EXAMEN EXTERNO

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

## MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **N** Versiones: **N** PPC:**4CM**

## INTERPRETACION

| | 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 ( ) | 40" ARCO | |
| OI | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |

## IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Emetropía | (X) | (X) |
| Ametropía | ( ) | ( ) |
| Disminución visual | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)
Otras:

## 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
H111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

## CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

OBSERVACIONES

Dra. Paola A. Arenas P.
Optómetra Especialista
Salud Ocupacional
Lic. SO. 1503-2017