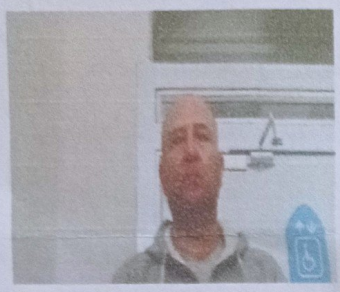
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-05-04	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JAIME ANDRES VARGAS ROJAS			Identificación CC	Nro 80425320
Fecha de Nacimiento	1972-11-12	**Edad**	49	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA -CONDUCTOR DE AMBULANCIA				
Fecha Ingreso	2022-05-04 08:45:19	**Fecha Salida**	2022-05-04 08:47:49		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
	Observaciones:
	PARA INICIO DE CORRECCION CERCANA
OTRAS:	NO PRESENTA
INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA	
CONDICION VISUAL	SI
OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Diana C. Ripoll Ramos
MÉDICO UNISINÚ - UDEA
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 19650 - Res. S.O. 1811

Diana C Ripoll Ramos

DIANA CAROLINA RIPOLL RAMOS
RM: 1128050540
Firma y sello del médico

JAIME ANDRES VARGAS ROJAS
CC 80425320
Firma del trabajador

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/05/10
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-05-10	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JAIME ANDRES VARGAS ROJAS			Identificación CC	Nro 80425320
Fecha de Nacimiento	1972-11-12	**Edad**	49	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	CONDUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-05-10 08:21:56	**Fecha Salida**	2022-05-10 08:25:48		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	SI
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	CONDUCTOR
TIEMPO EN EL CARGO	20 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB — BILATERAL

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN LIMPIEZA AUDITIVA	SI	1 AÑO
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	
	NO	

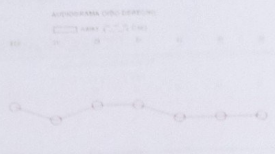
Cendiatra

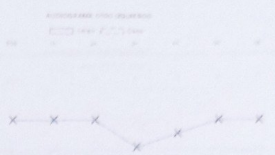
HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/05/10
www.cendiatra.com

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				10			15			10			10			15			15			15		
OI				15			15			15			25			20			15			15		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	SI
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	CONDUCTOR
TIEMPO EN EL CARGO	20 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO	MEDIO
TIPO DE PROTECCION	NINGUNO

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de Impresión: 2022/05/10
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-05-10	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JAIME ANDRES VARGAS ROJAS			Identificación CC	Nro 80425320
Fecha de Nacimiento	1972-11-12	**Edad**	49	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	CONDUCTOR				
Fecha Ingreso	2022-05-10 08:27:19	**Fecha Salida**	2022-05-10 08:30:51		

DATOS EMPRESA

EVOLUCION

EVOLUCION	NA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	-REFIERE PRESCRIPCIÓN DE RX USO VISION PROXIMA (LA PRESENTA EN EL EXAMEN)
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NO REFIERE
ANTENCEDENTES FAMILIARES	NO REFIERE

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/20	SC
OJO DERECHO	20/25	SC-
OJO IZQUIERDO	20/20	SC
ESTEREOPSIS " SEG.	100	
VISION CROMATICA	NORMAL	
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0,50 cm	CC
OJO DERECHO	0,75 cm	CC
OJO IZQUIERDO	0,75 cm	CC
FORIA LATERAL	NORMAL	
ESTENOPEICO	-	

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H527: Trastorno de la refracción, no especificado

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL VISUAL ANUAL USO CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de Impresión: 2022/05/10
www.cendiatra.com

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Optometra
C.C 101.844.09.48

YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
RM: 1018446948

JAIME ANDRES VARGAS ROJAS
CC 80425320