Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-05-19	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	KAREN MICHEL ALVAREZ RODRIGUEZ	Identificación CC	Nro 1024545559		
Fecha de Nacimiento	1993-10-22	**Edad**	26	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/SUR				
Cargo	ENFERMERA				
Fecha Ingreso	2020-05-19 14:59:41	**Fecha Salida**	2020-05-19 15:05:32		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	VISIOMETRIA
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
OTRAS:	NO PRESENTA
CONTROLES	
titulo	
OTROS	NO PRESENTA

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

KAREN MICHEL ALVAREZ RODRIGUEZ
CC 1024545559
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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.

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2020/05/19
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-05-19	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	KAREN MICHEL ALVAREZ RODRIGUEZ		Identificación CC	Nro	1024545559
Fecha de Nacimiento	1993-10-22	**Edad**	26	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/SUR				
Cargo	ENFERMERA				
Fecha Ingreso	2020-05-19 15:15:31	**Fecha Salida**	2020-05-19 15:15:40		

DATOS EMPRESA

CARGO	ENFERMERA

EVOLUCION

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	usuaria de gafas permanentes

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/20	cc
OJO DERECHO	20/20	cc
OJO IZQUIERDO	20/25	cc
ESTEREOPSIS " SEG.	40	
VISION CROMATICA	NORMAL	
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0.50 cm	cc
OJO DERECHO	0.50 cm	cc
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	cc
FORIA LATERAL	NORMAL	

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H526: Otros trastornos de la refracción

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	continuar con uso de gafas, control visual anual

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

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

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2020/05/19
www.cendiatra.com

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.

Dra. Diana Moreno
Optometra - U.L.C
Reg. 3569

DIANA MORENO BALLESTEROS
RM: 1033720809

KAREN MICHEL ALVAREZ RODRIGUEZ
CC 1024545559