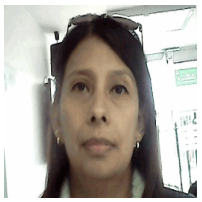
MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.765.651				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	23/01/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.794.362	**EDAD**	43	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA identificado con CC No. 52.794.362. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dr. Luis Luis
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
4183/2023

DR. LUIS ENRIQUE LUIS HERNÁNDEZ LSST: 4183 DEL 14/06/2023

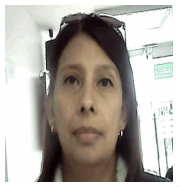
Aspirante o trabajador

CC. 52.794.362

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA
FECHA 23/01/2025



DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.52794362 **FEC. NACIMIENTO:** 26/09/1981 **EDAD:** 43 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 2
ESTADO CIVIL: U. LIBRE **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 4 **TELEFONO:** 3143577815
L. NACIMIENTO: BOGOTA CUN **DOMICILIO:** CRA 57 B # 66 B 43, BARRIOS UNIDOS
CORREO: ADRIANAMARIACAMPOSANCHEZ@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: COMPENSAR **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** COLFONDOS

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: ADMINISTRATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: CONTRATISTA
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE OFICINA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NINGUNO

FAMILIARES: MADRE HIPERTENSA

OCULARES: AMETROPIA NO CORREGIDA

OTROS: PACIENTE ATENDIDO SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19

OPTOMETRIA

OCUPACIÓN: CONTRATISTA **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 20 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 07/02/2024
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: NO
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** NO
TIPO DE CORRECIÓN: NINGUNO **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** NO
FORMA DE USO:
PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Cansancio	
Visión borrosa cerca	

LENSOMETRIA O.D - O.I.: NO USA LA RX	**TIPO DE LENTE OD - OI:** NO APLICA	**ADD O.D - O.I:** NO APLICA

AGUDEZA VISUAL:

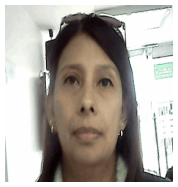
VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/25	20/	20/25	20/	20/20	20/	20/20	20/

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/25	20/	20/20	20/

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA
FECHA 23/01/2025



EXAMEN EXTERNO

OD: HIPERPLASIA CONJUNTIVAL NASAL LEVE	**OI:** HIPERPLASIA CONJUNTIVAL NASAL LEVE

COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: -	**OI:** -

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** 40

OTROS

QUERATOMETRIA		**O.D.:**	**O.I.:**

RETINOSCOPIA	**O.D.:** +0.50-0.50X0	**O.I.:** +0.50-0.50X0
SUBJETIVO	**O.D.:** N-0.75X0 20/20	**O.I.:** N-0.75X0 20/20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

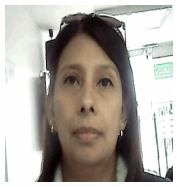
Código	Descripción
H111	DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES
H522	ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES	CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA
OTRA RECOMENDACIÓN	FORMULAR CORRECCION OPTICA DE DESCANSO.

REMITIDO A:	CONTROL OPTOMETRIA	**CAUSA REMISIÓN:**	FORMULAR CORRECCION OPTICA DE DESCANSO.

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA
FECHA 23/01/2025

Consentimiento informado

Yo CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA identificado con CC.52794362. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



DRA. DIANA ELIZABETH PARRA PINEDA - LSO 11406 01/10/2018

Aspirante o trabajador

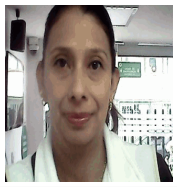


CC.52794362

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA
FECHA 27/01/2025



DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.52794362 **FEC. NACIMIENTO:** 26/09/1981 **EDAD:** 43 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 2
ESTADO CIVIL: U. LIBRE **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 4 **TELEFONO:** 3143577815
L. NACIMIENTO: BOGOTA CUN **DOMICILIO:** CRA 57 B # 66 B 43, BARRIOS UNIDOS
CORREO: ADRIANAMARIACAMPOSANCHEZ@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: OTRO
EPS: COMPENSAR **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** COLFONDOS

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: NO REFIERE
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: CONTRATISTA
TURNO: NO REFIER **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO:

AUDIOMETRIA

FECHA ÚLTIMO EXAMEN: 27/01/2003 **ANTIGUEDAD EN EL OFICIO:** Años: 20 - Meses: 0
¿EXPOSICIÓN RUIDO LABORAL?: NO
¿USO DE EPA?: NO
¿CALL CENTER?: NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Evento	¿Oido D?	¿Oido I?	Observaciones
Otros	SI	SI	NO REFIERE NINGUNO
Oye en conversación co	NO	NO	
Tiene reposo auditivo	SI	SI	12 HORAS

ANTECEDENTES EXTRALABORALES:

Hábitos	Observaciones
Audífonos	OCASIONAL , VOLUMEN MODERADO / USO DEL CELULAR OIDO DERECHO
Otros	NO REFIERE NINGUNO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enfermedad	¿Personal	¿Familiar?	Detalle
Diabetes	NO	SI	ABUELA MATERNA Y MAMA
H.T.A.	NO	SI	PADRES
Otros	NO	SI	MAMA CANCER DE TIROIDES
Rinitis	SI	NO	ALERGIA AL FRIO , POLVO

OTROS ANTECEDENTES:

Hábitos	Observaciones
Presenta sensibilidad auditiva en ambientes ruidosos (Dolor de cabeza, Stress)	ESTRES

EXAMEN AUDIOMETRICO:

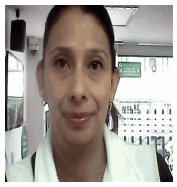
OBSERVACIONES OI: NORMAL	**OBSERVACIONES OD:** NORMAL

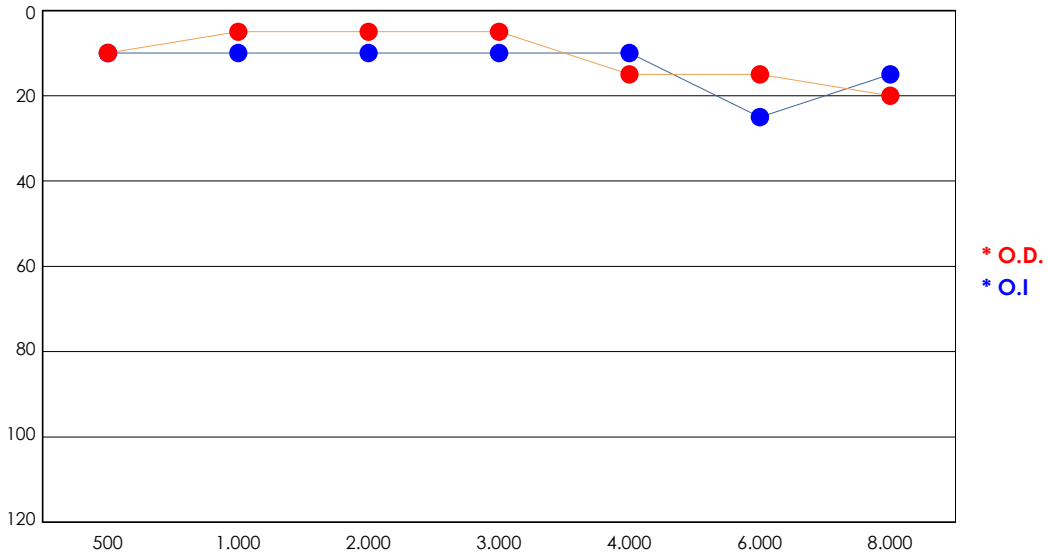
HZ	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA
OIDO DERECHO	10	5	5	5	15	15	20	8,75
OIDO IZQUIERDO	10	10	10	10	10	25	15	10,00

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA
FECHA 27/01/2025





IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Código	Descripción
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OBSERVACIONES AUDIOMETRIA:

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES BILATERAL

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA:

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL,EVITAR RUIDOS FUERTES,MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE AUDÍFONOS DE RECREACIÓN

Consentimiento informado

Yo CAMPO SANCHEZ ADRIANA MARIA identificado con CC.52794362. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Sandra L Morales P
licencia 6947 del 25/5/2019

DRA. SANDRA LILIANA MORALES PARRA

Aspirante o trabajador

CC.52794362