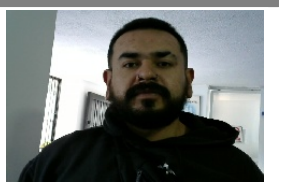
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

empresalud OCUPACIONAL

Calle 35 N° 15-56 Teusaquillo.
Tel. (091) 8 05 24 68
E-mail. empresaludocupacional@hotmail.com
Bogotá D.C., Colombia



EXAMEN PRE OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 1016079430-230017

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	10/09/2024 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE - OCUPACIONAL
Paciente:	DANIEL ALONSO GRANADOS SANABRIA	**Identificación:**	1016079430
Género	MASCULINO **Edad:** 29	**Teléfono**	**Móvil:** 3001656839
Fecha Nacimiento:	02/09/1995	**Cargo:**	CONTRATISTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA E.P.S
Dirección	CALLE 45 N 21 20	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRIA	ADAPTAR CORRECCION VISUAL PARA FIJACION PROLONGADA, CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES, CONOCER Y CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES
EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

Observaciones: CONTROL POR OPTOMETRIA PARA ADAPTAR CORRECCION VISUAL Y USO SOLO PARA FIJACION PROLONGADA//DIETA HIPOCALORICA.. BAJA EN GRASAS Y HARINA..EJERCICIO DIARIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL, Señor(a) trabajador(a) a partir de la fecha, usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico Ocupacional.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO - POLITICA DE PROTECCION DE DATOS.
EMPRESALUD OCUPACIONAL. Se acoge a las disposiciones de la ley 1581 de 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de proteccion de datos personales.

Yo en calidad de paciente previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto: que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos, ademas, autorizo la realizacion del examen medico ocupacional y paraclinicos registrados en este documento; he recibido informacion de la naturaleza y proposito de estos examenes. Certifico que la informacion dada por mi en la historia clinica ocupacional es veridica y completa.'

Dra. Tatiana Martelo Forero
Esp. Salud Ocupacional y R.
R.M. 52.961.403
Lic. S.O. 2987/2019

TATIANA MARTELO FORERO

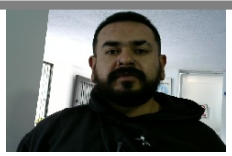
2987/2019

Médico Especialisa en Salud Laboral

DANIEL ALONSO GRANADOS SANABRIA 1016079430

Firma y cédula del Paciente

EXAMEN VISIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 10/09/2024 BOGOTA D.C
Paciente: DANIEL ALONSO GRANADOS SANABRIA
Género MASCULINO **Edad:** 29
Fecha Nacimiento: 02/09/1995
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE 45 N 21 20
Empresa PARTICULAR -

Tipo de Examen: PRE - OCUPACIONAL
Identificación: 1016079430
Teléfono **Móvil:** 3001656839
Cargo: CONTRATISTA
EPS: NUEVA E.P.S
Escolaridad: UNIVERSITARIO

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Equipos que maneja: N/R
Materias Primas e insumos: N/R
Elementos de Protección Personal: N/R
Último Examen: 1 AÑO
Protección Ocular: N **Usa Correción:** N **Gafas:** N **Lentes de Contacto:**

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Concepto	Notas
01. USA ANTEOJOS	N	
02. USA LENTES DE CONTACTO	N	
03. CIRUGÍAS	N	
04. ANTECEDENTES CON ESQUIRLAS	N	
05. ACCIDENTES CON POLVO	N	
06. ACCIDENTES CON SOLDADURAS	N	
07. ACCIDENTES CON ÁCIDOS	N	
08. ACCIDENTES CON PÓLVORA	N	
09. ENFERMEDADES SISTÉMICAS	N	
10. FUMA	N	
11.TRAUMAS	N	

SINTOMATOLOGÍA

N **Ardor** N **Dolor** N **Cefalea** N **Cansancio** N **Lagrimeo** N **Fotobia**
N **Secreciones** N **Mala Visión de Lejos** N **Mala visión de cerca** N **Cansancio al leer** N **Salto de Renglón** N **Confusión de letras**
N **Prurito**

Notas: N/R

EXAMEN EXTERNO

N **Hiperemia** N **Pterigio OD** N **Pterigio OI** N **Blefaritis** N **Leucoma OD** N **Leucoma OI**
N **Ptosis OD** N **Ptosis OI** N **Pinguecula OD** N **Pinguecula OI** N **Estrabismo**

Motilidad PPC: NARIZ **CT 20 cm** ORTHO **CT 40 cm** ORTHO **Oftalmoscopía OD** No Aplica **Oftalmoscopía OI** No Aplica
Campo Visual OD: NORMAL **Campo Visual OI** NORMAL **Estereopsis** 40 SEG DE ARCO **Queratometría OD** No Aplica **Queratometría OI** No Aplica
Refracción OD: No Aplica **Refracción OI** No Aplica **Subjetivo OD** No Aplica **Subjetivo OI** No Aplica **Arco Senil**
Visión Color NORMAL

Respuesta Pupilar: PRESENTE EN AO

Notas: SEGMENTO ANTERIOR SANO EN AMBOS OJOS

AGUDEZA VISUAL

Sin RX		
	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/32	20/20
Ojo Izquierdo	20/32	20/20

Con RX			
	Visión Lejana	Visión Próxima	Rx en Uso
Ojo Derecho	20/--	20/--	20/
Ojo Izquierdo	20/--	20/--	20/

CONCEPTO

DIAGNOSTICO

AMETROPIA NO CORREGIDA

CIE 10: Z010 / EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

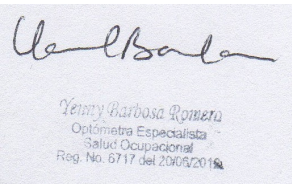
RECOMENDACIONES

ADAPTAR CORRECCION VISUAL PARA FIJACION PROLONGADA, CONTROL ANUAL

INFORMACIÓN DE REMISIÓN - SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ingresa al sistema de vigilancia: 1

Remitido: N



YENNY BARBOSA ROMERO 3728 DE

Profesional

DANIEL ALONSO GRANADOS SANABRIA 1016079430

Firma y cédula del Paciente