Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de Servicios en Seguridad y salud en el Trabajo No 1799 de 26/02/2020

NIT 830 013 894-4

Codigo de prestador de servicios de la salud No. 110010566901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolucion No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra Maria Luisa Molina M. COPP No. 13958-1
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

VISIOMETRIA X OPTOMETRIA

Nombres y Apellidos Nelson A. Sedn. | Identificacion 1024480246 | DIA/MES/AÑO 11/11/24.

Sexo F M X | Edad ANOS 36 | Empresa Med Sur. | Eps Sanitas | ARP

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Yo, _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y [illegible]cidad debidamente, respecto a la valoracion visual que se me va a realizar; que actuo consecuente, libre y voluntariamente como paciente [illegible]conocedor (a) de la autonomia suficiente que posee para retirarme u oponerme a la valoracion visual si asi lo desea y asumire las consecuencias que esto acarree, Que se respetara la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la informacion por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entrega son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) procedimiento(s) que se consideren idoneos para tratar de solucionar los posibles alteraciones encontradas en la valoracion. Conozca que si decidp no realizar los examenes diagnosticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual. (Aplica Resolución 1995 H.C. UMED Ltda.)

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION Gestor | TIEMPO EN ESTE OFICIO 1 año 2 | EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO CERCANA (20/) LEJANA (20/) OTRAS

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS SI___ NO___ POR QUE?

UTILIZA ALGUNA PROTECCION SI___ NO___ CUAL? N/A

OFICIOAS ANTERIORES 1 TIEMPO | 2 TIEMPO

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRIA ANTERIORMENTE SI NO FECHA DE EXAMEN 1 año

TIENE LENTES FORMULADOS SI___ NO X HACE CUANTO

FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES | USA SU LENTES ACTUALMENTE SI___ NO___

TIPO DE LENTES ANTEOJOS | BIFOCALES | DE CONTACTO

FORMA DE USO: PERMANENTES ___ OCASIONALES ___ PARA VER DE CERCA ___ PARA VER DE LEJOS ___ OTROS ___

CIRUGIA OCULAR ACTUAL CUAL? ___ FECHA

SINTOMATOLOGIA OCULAR ACTUAL SI___ NO X CUAL?

EXAMEN EXTERNO		ESTADO MOTOR	
	OD OC		X NORMAL
	OI OC		ANORMAL

EVALUACION DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION		CON CORRECCION
LEJOS OD	20/30	PH:	
OI	20/40	PH:	
AO	20/30		
CERCA OD	20/25		
OI	20/30		
AO	20/25		

OFTALMOSCOPIA DIRECTA OD I IDX Normal

CONDUCTA USO RX OPTICA SI NO OBSERVACIONES

CROMATICA NORMAL X ANORMAL ___ OBSERVACIONES

TEST ESTEREOPSIS: ___

KERATOMETRIA OD ___ OI ___ RETINOSCOPIA OD ___ OI ___

INTERPRETACION Normal

Observaciones ___

RECOMENDACIONES LABORALES

DEPARTAMENTO DE OPTOMETRIA

Control SI NO

Remision Oftalmologia SI NO

Optometria

1. Usar elementos de proteccion visual adecuada SI NO
2. Ingresar al programa de vigilancia epidemiologica SI NO

Dra. Angela M. Ortiz Ruiz
Optometra U.S.
Salud Ocupacional

OPTOMETRA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE
C.C.

Utilice elementos de protección personal
Control visual periódico cada 6 meses

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D. C.
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umeditda@gmail.com - www.umedips.co

Powered by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 106845

FECHA : 14/11/2024 HORA:11:32	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ	DOCUMENTO: 1024480246	EDAD: 36 GENERO: M
Empresa: INDEPENDIENTE	Cargo: GESTOR	Tel: 3118842034 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	SI		Respiratorio	SI	
Espirometria	NA		Dermatologia	SI	
Audiometria	NA		Osteomuscular	SI	
Visiometria	SI		Cardiovascular	SI	
Optometria	NA		Prueba de equilibrio	NA	
Electrocardiograma	NA		Prueba Psicometrica	NA	
Psicología Laboral	NA		Radiologia Columna	NA	
Vacunas	NA		Radiologia Torax	NA	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	NA		Parcial de Orina	NA	
Glicemia	NA		RH-Grupo Sanguineo	NA	
Colesterol	NA		KOH Uñas	NA	
Triglicéridos	NA		Frotis Faringeo	NA	
Serologia	NA		Coprologico	NA	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

Apto Para Trabajos en Alturas	NA	Apto Para Trabajos en espacios Confinados			NA
Apto Para el cargo sin Restricciones			SI	Aplazado	NA
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			NA	No Apto Para Este Cargo	NA
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			NA		
Examen PERIODICO Satisfactorio	NA	Examen de EGRESO Satisfactorio			NA

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

106845

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	NA	Evitar Posturas Prolongadas	NA		
Pausas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	NA	Uso de Medias de Compresión Graduado	NA		
Ergonomia del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	NA	Valoración y Manejo en IPS	NA		
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	NA	Dieta - Ejercicio Físico	NA		
Valoración por Medicina Laboral de EPS	NA	Control de Tension Arterial	NA	Control Espirómetria	NA		
Control Audiometrico	NA	Estilos de Vida Saludable	NA	Control Médico Ocupacional Anual	SI		
					NA		

Use este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coacción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegure estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

UMED LTDA IPS MEDICINA LABORAL cumple todos los protocolos de bioseguridad para SARS COV-2,COVID 19 según resolución 666 del Ministerio de Salud del 24/Abril/2020

Realice sus exámenes en instituciones medicas avaladas por la Secretaria Distrital de salud. UMED LTDA IPS Salud Ocupacional

Carrera 2 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá D.C.
Tels.:278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com- www.umedips.co

Powered by CamScanner