CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.258

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	02 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ACOSTA RODRIGUEZ JOHN JAVIER	MASCULINO	58 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	77150878 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	**Firma:** John Acosta
Nombre: MOLINA RAMOS SILVIO JAVIER	**Nombre:** ACOSTA RODRIGUEZ JOHN JAVIER
R. M.: 440050 **L.S.O.:** 168/2022	**CC:** 77150878

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 24421**

Fecha: 07/02/2024 **Ciudad:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:**
CC: 77150878 **Nombre:** ACOSTA RODRIGUEZ JOHN JAVIER **Edad:** 58 AÑOS 10 **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 19/03/1965 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** CONTRATISTA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
UNIVERSIDAD AUTONOMA	DOCENTE DE PERIODOSMO	NINGUNA	NO APLICA	22	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

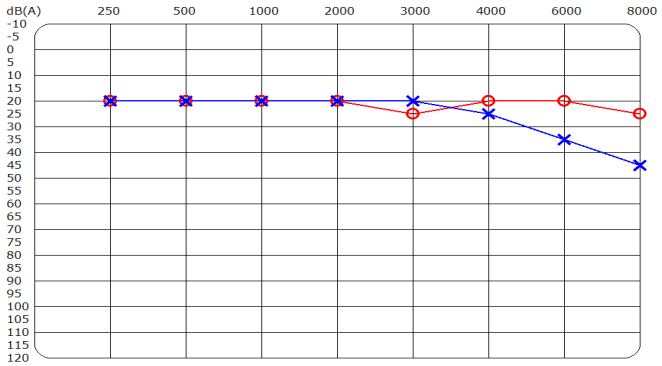
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	CARRO
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLAID A177 PLUS **F. Ultima Calibración:** 2022-07-14

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	20	20	25	20	20	25
VAOI	20	20	20	20	20	25	35	45

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Luz Marina Contreras Pinto
TERAPEUTA DE LENGUAJE

Firma:
Nombre: CONTRERAS PINTO LUZ MARINA
R. M.: 2-C-82 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: ACOSTA RODRIGUEZ JOHN JAVIER
CC 77150878

$\cos t$

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 29,592

Fecha: 07/02/2024 **Municipio:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) **CC:** 77150878 **Nombre:** ACOSTA RODRIGUEZ JOHN JAVIER **Edad:** 58 AÑOS 1
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA **Empresa:** PARTICULAR
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VALLEDUPAR **Motivo Consulta:** AASINTOMATICO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	REFIERE SER HIPERTENSO
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PROLONGADO
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.50
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	20/20	0.50
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

* ESTA FÓRMULA NO ES APTA PARA LENTES DE CONTACTO, LOS PRODUCTOS (LENTES OFTÁLMICOS) NO SUMINISTRADOS POR EL PROFESIONAL QUE REALIZO EL EXAMEN VISUAL NO TIENEN GARANTÍA.

* CUANDO TRABAJE CON PANTALLAS DE VIDEO TERMINALES, TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: PARPADEE CADA 5 SEGUNDOS O CADA VEZ QUE LO RECUERDE; APROXIMADAMENTE CADA 20 MINUTOS DE TRABAJO CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO (6 METROS); CADA 3 HORAS DE TRABAJO EN COMPUTADOR, CIERRE LOS OJOS SUAVEMENTE E IMAGINE UNA VISIÓN PANORÁMICA, COMO EL MAR, DURANTE UN MINUTO; SITÚESE SIEMPRE A POR LO MENOS 40 CMS. DE LA PANTALLA DE VIDEO TERMINAL Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS; PROCURE QUE EL PUESTO DE TRABAJO TENGA ADECUADAS CONDICIONES DE ILUMINACIÓN, ACORDE CON LAS EXIGENCIAS DEL OFICIO.
* SI EN EL EXAMEN TIENE UNA ALTERACIÓN VISUAL DEBE SOLICITAR EN SU EPS EVALUACIÓN POR OPTOMETRÍA, PARA PLAN Y CONDUCTA A SEGUIR.

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: BLANCO VILLADIEGO LEYDY YANETH
R. M.: 2105 **L.S.O.:**

PACIENTE

Firma:
Nombre: ACOSTA RODRIGUEZ JOHN JAVIER
CC: 77150878