Fecha del Examen: 2024-06-22 7:57:53 **Tipo del Examen:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA						
Identificación	CC	1010173932	**Edad**	33 Años	**Sexo**	M	
Estado Civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Fecha de Nacimiento**	28/09/1987	
Lugar de Nacimiento	BOGOTA	**Dirección**	CLL 25 G 74 50		**Estrato**	4	
Procedencia	**Departamento**	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Teléfonos**	3153802048	
Grupo Sanguineo	O +						
ARL	NO REFIERE						
EPS	COMPENSAR E.P.S.						

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR	**Cargo**	INSTRUCTOR
Sede		**Area**	
Jornada de trabajo	0	**Antiguedad**	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (TRABAJO INMEDIATAMENTE ANTERIOR)

EMPRESA		**CARGO**	
ANTIGUEDAD		**EXPOSICION A RUIDO**	
TIEMPO DE EXPOSICION		**USO E.P.A**	
TIPO		**EXPOSICION A SOLVENTES**	
TIEMPO DE EXPOSICION		**OBSERVACIONES**	ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL

ANTECEDENTES NOSOACUSTICOS

PARENTESCO		
PATOLOGIA		
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS		

PRESENTA USTED ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS?

Nombre	No Refiere	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
OTITIS	X				
OTALGIA	X				
OTORREA	X				
PRURITO	X				
TRAUMA	X				
OTOTOXICOS	X				
CIRUGIA DE OIDO	X				
ACUFENO	X				
OTORRAGIA	X				
SENSACION DE OIDO TAPADO	X				
VERTIGO	X				
HIPOACUSIA SUBJETIVA	X				
OTROS	X				
OBSERVACIONES					

Nombres y Apellidos WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA **Identificación** CC 1010173932

ANTECEDENTES SOCIOACUSTICOS

AURICULARES	NO	
TEJO O MINITEJO	NO	
MOTOCICLISMO MANEJA MOTO	NO	
DISCOTECA-CONCIERTOS	NO	
PRESTO SERVICIO MILITAR PRACTICA POLIGONO	NO	
BUCEO NATACION	NO	
OBSERVACIONES		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

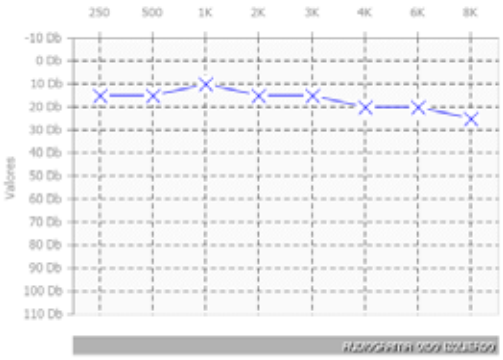
MENINGITIS	NO	
REUMATISMO	NO	
ALERGIAS	NO	
HTA	NO	
DIABETES	NO	
RUBEOLA	NO	
OTROS	NO	
OBSERVACIONES		
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI	
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	5 AÑOS	
MOTIVO	EXAMEN LICENCIA DE CONDUCCIÓN	
RESULTADO	NORMAL	
TIEMPO REPOSO AUDITIVO (HORAS)		

OTOSCOPIA

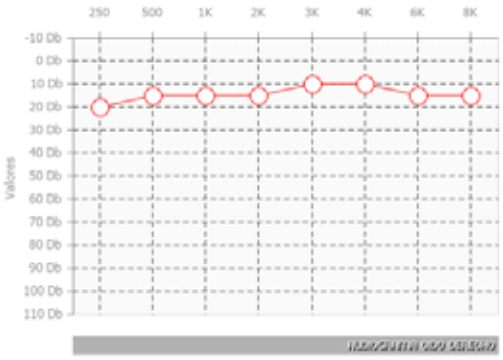
Nombre	**Concepto**
C.A.E DERECHO	NORMAL
C.A.E IZQUIERDO	NORMAL
M.T IZQUIERDO	
M.T DERECHO	

AUDIOGRAMA

Oido Izquierdo



Oido Derecho



DIAGNOSTICO

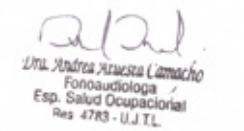
DIAGNOSTICO 1	Examen de oídos y de la audición
Resultado para certificado	NORMAL

Nombres y Apellidos WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA **Identificación** CC 1010173932

RECOMENDACIONES	CUIDADOS AUDITIVOS, CONTROL AUDITIVO ANUAL.
IMPRESION DIAGNOSTICA	SENSIBILIDAD AUDITIVA NORMAL BILATERAL.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



ANDREA ATUESTA CAMACHO
C.C 52797940 RM: Res 4783 - U.
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA
C.C 1010173932
Firma del trabajador Evaluado

CERTIFICADO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión 22/06/2024 12.51 PM



FECHA DE EXAMEN: 2024-06-22 7:48:53 **Tipo del Examen:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	900938062-8
Dirección	Calle 24 a No. 74 a 25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA						
Identificación	CC	1010173932	**Edad**	33 Años	**Sexo**	M	
Estado Civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Fecha de Nacimiento**	28/09/1987	
Lugar de Nacimiento	BOGOTA	**Dirección**	CLL 25 G 74 50		**Estrato**	4	
Procedencia	**Departamento**	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Teléfonos**	3153802048	
Grupo Sanguineo	O +						
ARL	NO REFIERE						
EPS	COMPENSAR E.P.S.						

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR	**Fecha Ingreso**	NO APLICA
Cargo	INSTRUCTOR	**Sede**	NO APLICA
Area		**Jornada de trabajo**	DIURNO
Acciones que realiza durante el trabajo	OTRO		
Postura habitual durante el trabajo	SENTADO		

EXAMENES REALIZADOS

Examen Optometria: NORMAL	Examen Audiometria: NORMAL	Test Psicológico: NORMAL
Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular: NORMAL	CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO	GLICEMIA PRE
PERFIL LIPIDICO		

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	Apto sin restricciones	CON ENFASIS PSICOMETRICO Y CARDIOVASCULAR
RECOMENDACIONES	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL. CUIDADOS AUDITIVOS, CONTROL AUDITIVO ANUAL. SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL
INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
HIGIENE POSTURAL
CARDIOVASCULAR

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta" Igualmente, el paciente de manera libre y autónoma, consciente y autoriza a OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S.A.S, para que realice los procedimientos pertinentes

Dr. Omar Rivera Menjura
Esp. Salud Ocupacional
RM. 3206 L.S.O. 4059 S.D.S.

OMAR AUDREY RIVERA MENJURA
C.C 79456937 RM: 3206 L.S.O 4059
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA
C.C 1010173932
Firma del trabajador Evaluado

INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión 22/06/2021 12.51 PM

FECHA DEL EXAMEN 2021-06-22 08:51:00



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA						
IDENTIFICACION	CC	1010173932	**EDAD**	33 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**	28/09/1987		
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA	**DIRECCION**	CLL 25 G 74 50	**Estrato**	4		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	Bogotá, D.C.	**MUNICIPIO**	Bogotá, D.C.	**TELEFONOS**	3153802048	
ARL	NO REFIERE				**GRUPO SANGUINEO**	O +	
EPS	COMPENSAR E.P.S.						

LABORATORIO CLíNICO

CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO

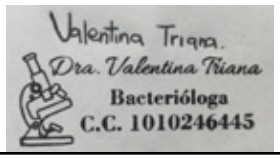
RTO. TOTAL G. BLANCOS	5.8	4-10 UL
RTO. TOTAL G. ROJOS	4.9	4 - 5,9 UL
HEMOGLOBINA	15	12 - 18 G/DL
HEMATOCRITO	45	35 - 54 %
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	93	83 - 98 FL
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	31	25 - 33 PG
CONCENTRACION HB	33	28-36 G/DL
PLAQUETAS	310	150 - 450 UL
LINFOCITOS%	43	15 - 40 %
MONOCITOS%	5	3 - 10 %
GRANULOCITOS %	52	30 - 70 %
RDW (CV)	7	11 - 16 %
PLAQUETOCRITO %	0.18	0.108 - 0.282 %
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	6	6-13 FL
PDW	16	9,0 - 17,0 %
ADJUNTO		

GLICEMIA PRE

RESULTADO	84	70-105
ADJUNTO		

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	192	50-200
TRIGLICERIDOS	140	50-170
COLESTEROL HDL	40	45-100
COLESTEROL LDL	124	100-130
COLESTEROL VLDL	28	0-30
ADJUNTO		



MARJED VALENTINA TRIANA PARDO
C.C 1010246445 R:M 1
Firma y sello del Médico Evaluador

FECHA DEL EXAMEN 6/22/24 12:00 AM



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA						
IDENTIFICACION	CC	1010173932	**EDAD**	33 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**	28/09/1987		
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA	**DIRECCION**	CLL 25 G 74 50	**Estrato**	4		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	BOGOTá, D.C.	**MUNICIPIO**	BOGOTá, D.C.	**TELEFONOS**	3153802048	
GRUPO SANGUINEO	O +						
ARL	NO REFIERE						
EPS	COMPENSAR E.P.S.						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR		
CARGO	INSTRUCTOR	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

ANTECEDENTES VISUALES

NO REPORTA

MOTIVO CONSULTA

EXAMEN DE INGRESO
Previa asepsia y antisepsia de limpieza de instrumentación de optometría, uso de elementos de protección personal del especialista que realiza el procedimiento; el paciente entiende y acepta lo explicado.

SINTOMAS

VE CLARO

ULTIMO CONTROL VISUAL

Ultimo Examen	Usa RX	Interpretación
Mayor a 2 años		

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECION			**CON CORRECION**		
OJO	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**
LEJANA	20/20	20/20	20/20			
PROXIMA	0.5M	0.5M	0.5M			

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
ESTRUCTURAS COMPLETAS, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL.	ESTRUCTURAS COMPLETAS, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL.

PERCEPCION

PROFUNDIDAD	40"
COLOR	NORMAL
CAMPO VISUAL	

MOVIMIENTO

PUNTO MAXIMO DE CONVERGENCIA	LUZ		OR	
COVER TEST	VL	ORTHO	VP	ORTHO

Nombres y Apellidos WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA **Identificación** CC 1010173932

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS.	ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS.

REFRACCION

OJO IZQUIERDO	-0.25
OJO DERECHO	-0.25

RX FINAL

OJO DERECHO	-	**AV**	-				
ADD							
COLOR		**USO**		**FILTRO**		**CONTROL**	
OJO IZQUIERDO	-	**AV**	-				

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Examen de ojos y de la visión
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
IMPRESION DIAGNOSTICA	EMETROPE

OBSERVACIONES
EMETROPE, ESTEREOPSIS, PERCEPCIÓN CROMÁTICA, ESTADO MOTOR Y VISUAL NORMAL.

RECOMENDACIONES
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL.

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales,extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.



MAYRA FERNANDA SERRANO C.
RM: LSO 15602/18
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM MAURICIO MENDEZ MANCERA
C.C 1010173932
Firma del trabajador Evaluado