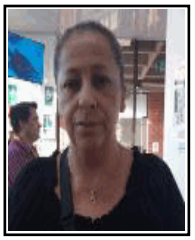
Inhala Prestadora de Salud SAS
NIT. 901386211-2
Carrera 5 Este # 10 - 97 Local 101
Cel. 3003845120 - Tel. 8234238 - E-mail. contacto@inhalaips.com
www.inhalaips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.817

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	02 MES	2024 AÑO	MOSQUERA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

RINCON MACIAS ENID YANIRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	46 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC	39708465
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

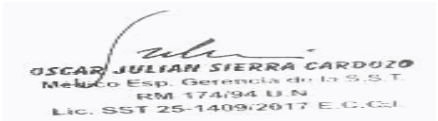
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRIA	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : NO PERMANENTE, PARA TRABAJOS DE VISIÓN PROLONGADA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICO/NUTRICIONAL EPS		DIETA BALANCEADA

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



Firma:

Nombre: SIERRA CARDOZO OSCAR JULIAN

R. M.: 174/94 **L.S.O.:** 25-1409

Código de Seguridad
X909D1J12817

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RINCON MACIAS ENID YANIRA

CC: 39708465

Inhala Prestadora de Salud SAS
NIT. 901386211-2
Carrera 5 Este # 10 - 97 Local 101
Cel. 3003845120 - Tel. 8234238 - E-mail. contacto@inhalaips.com
www.inhalaips.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 7,671

Fecha: 14/02/2024 **Municipio:** MOSQUERA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **CC:** 39708465 **Nombre:** RINCON MACIAS ENID YANIRA **Edad:** 46 AÑOS 1
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** PSICOLOGA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: FAMISANAR **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTE **F. Último Examen:** 6 MESES
Lugar del Último Examen: CONTROL PARTICULAR **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	MIGRAÑA EN TRATAMIENTO
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	PSICOLOGA HACE 17 AÑOS
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	FRENTE A PANTALLAS
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	SI USA HACE 8 AÑOS, ACTUALES HACE 6 MESES

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	20/25	0.75M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20--	0.75M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20-	0.75M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **HIPERPLASIA NASAL INCIPIENTE, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL**
OJO IZQUIERDO: **LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **ORTHO**
VISIÓN PROXIMA: **ORTHO**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NO PARALISIS NI PARESIAS**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD
OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **ISHIHARA NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **ISHIHARA NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL 40 SEGUNDOS DE ARCO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H520	HIPERMETROPIA	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA NO PERMANENTE PARA TRABAJOS DE VISIÓN PROLONGADA, QUE NO INTERFIERE EN SU LABOR, USO DE EPPV CONTROL ANUAL

OPTOMETRA

Firma:

Nombre: MELO MACIAS ANDREA XIMENA

R. M.: 1073511059 **L.S.O.:** 1073511059

Código de Seguridad

R909X3D7671

PACIENTE

Firma:

Nombre: RINCON MACIAS ENID YANIRA

CC: 39708465

LABORATORIO CLÍNICO
JOHANNA SEGURA CAMELO

NIT 901651752-1

NOMBRES: ENID YNIRA RINCÓN MACÍAS
C.C: 39.708.465
EDAD: 46 AÑOS
FECHA: 14 DE FEBRERO DE 2024
EMPRESA: INHALA IPS

EXÁMENES SOLICITADOS

QUÍMICA CLÍNICA		UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA	76	mg/dl	60 A 110
COLESTEROL TOTAL	182	mg/dl	Menor de 200
COLESTEROL HDL	35	mg/dl	30 A 70
COLESTEROL LDL	116	mg/dl	Hasta 140
TRIGLICÉRIDOS	**153**	mg/dl	Menor de 150

FIRMA

Johanna Segura Camelo

Firmado digitalmente por Johanna Segura Camelo
Fecha: 2024.02.14 11:40:10 -05'00'

BACTERIOLOGA

LABORATORIO CLÍNICO
JOHANNA SEGURA CAMELO