FARMILENIO IPS
Un pasaporte a la Salud

FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S
NIT. 900276318-6
Calle 50 N° 52 - 44 Parque de bello
Cel. 3185945372 - Tel. 220-27-34 - E-mail. ipsfarmilenio@hotmail.com
www.farmilenio.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.542

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 01 MES | 2024 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)

| QUIÑONEZ GOMEZ SHIRLEY DAHIANA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | FEMENINO | 37 AÑOS 4 MESES 7 DÍAS | CC Tipo | 1037577104 Número |

Cargo
**INSTRUCTORA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

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:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ | VISIOMETRÍA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | | |

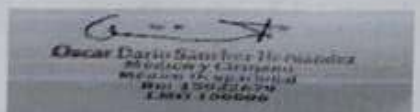
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | SVE AUDITIVO | HACER DEPORTE |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

-PTE CON TRASTORNO VISUAL CORREGIDO CON LENTES ADECUADOS. SE RECOMIENDA LABORAR CON LENTES CON RX OPTICO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD REALIZADA. INGRESAR AL PROGRAMA DE P Y P DE CONSERVACION VISUAL.

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**



Firma:

Nombre: SANCHEZ HERNANDEZ OSCAR DARIO

R. M.: 15922679 L.S.O.: 108006

Codigo de Seguridad
U766A1G11542

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: QUIÑONEZ GOMEZ SHIRLEY DAHIANA

CC: 1037577104



1 CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO Médico DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

2 CONSIDERACIÓNES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional

FARMILENIO IPS

*Un pasaporte a la Salud*

**FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S**

NIT. 900276318-6

Calle 50 N° 52 - 44 Parque de bello
Cel. 3185945372 - Tel. 220-27-34 - E-mail. ipsfarmilenio@hotmail.com
www.farmilenio.com



# AUDIOMETRIA

Atención N°: 2023

**DATOS PERSONALES**

Fecha: 19/01/2024 Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO Eps: SURA

CC: 1037577104 Nombre: QUIÑONEZ GOMEZ SHIRLEY DAHIANA Edad: 37 AÑOS 4 Meses 7 Días Genero: FEMENINO

Fecha Nacimiento: 12/09/1986 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTORA

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| OTITIS | NO REFIERE | HIPOACUSIA SUBJETIVA | NO REFIERE |
| TRAUMA | NO REFIERE | ACUFENOS | 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 | |
| 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: MAICO MA41 F. Ultima Calibración: 2021-08-05

○ : Via aérea del OD × : Via aérea del OI

< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)




**OTOSCOPIA**

Oído derecho: PARÁMETROS DE NORMAL

Oído izquierdo: PARÁMETROS DE NORMAL

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 20 | 10 | 5 | 5 | 5 | 0 | 5 | 20 |
| VAOI | 25 | 10 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 10 |

**PTA**

Oído derecho: 6.25 Oído Izquierdo: 3.75

**SEVERIDAD - CAOHC**

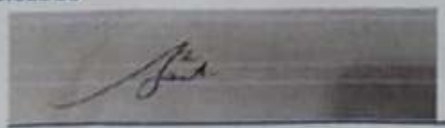
Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oído | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z021 | EXAMEN PREEMPLEO | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| | |

**Observaciones**

**FONOAUDIÓLOGO**



Firma:

Nombre: NARANJO RICO SANTIAGO

R. M.: 1402842 L.S.D.:

Impreso el 19/01/2024 a las 12:42 p.m.

Código de Seguridad

B766H2N2023



**TRABAJADOR**



Firma:

Nombre: QUIÑONEZ GOMEZ SHIRLEY DAHIANA

CC 1037577104

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

que se realiza durante la pandemia por COVID 19 , Se lleva a cabo de forma integral , teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. *Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.