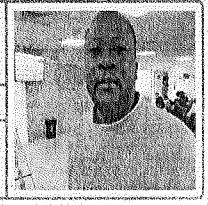
Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.440.833				
CIUDAD	MEDELLIN - LABORA VITAL IPS -CENTRO COMERCIAL TRANVÍA				
FECHA	31/01/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 11.812.776	**EDAD**	42	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	IBARGUEN MATURANA JEFFERSON				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUCTOR		

EXÁMENES REALIZADOS

CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA TIPO III) - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - OPTOMETRIA - TEST PSICOLÓGICO

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MEDICO PERTINENTE - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo IBARGUEN MATURANA JEFFERSON identificado con CC No. 11.812.776. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Ernesto Cahuana

ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO LSO 4515 29/11/2021

Aspirante o trabajador

CC. 11.812.776

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE LABORA VITAL IPS -CENTRO COMERCIAL TRANVÍA
NOMBRES IBARGUEN MATURANA JEFFERSON
FECHA 31/01/2024

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.11812776 **FEC. NACIMIENTO:** 08/03/1981 **EDAD:** 42 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: U. LIBRE **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3114201687
L. NACIMIENTO: QUIBDO **DOMICILIO:** BUENOS AIRES BOSQUE VERDE
CORREO: JMATURANA31821@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: COOSALUD **ARL:** NO REFIERE **PENSIONES:** COLPENSIONES

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: INSTRUCTOR SENA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NO REFIERE
FAMILIARES: NO REFIERE
OCULARES: NO REFIERE
OTROS: NO REFIERE

OPTOMETRIA

OCUPACIÓN: ESTUDIANTE **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 0 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: NO **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:**
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: NO
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** NO
TIPO DE CORRECIÓN: NINGUNO **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** NO
FORMA DE USO:
PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	

LENSOMETRIA O.D - O.I.: NO APLICA	**TIPO DE LENTE OD - OI:** NO APLICA	**ADD O.D - O.I:** NO APLICA

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/20	20/-	20/20	20/	20/25	20/	20/25	20/

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/20	20/	20/25	20/

EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL	**OI:** NORMAL

Labora Vital IPS

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE LABORA VITAL IPS -CENTRO COMERCIAL TRANVÍA
NOMBRES IBARGUEN MATURANA JEFFERSON
FECHA 31/01/2024

COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*
PPC: 1	

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: N/A	**OI:** N/A

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** 40

OTROS

QUERATOMETRIA		**O.D.:**	**O.I.:**
RETINOSCOPIA	**O.D.:** NEUTRO	**O.I.:** NEUTRO	
SUBJETIVO	**O.D.:** NEUTRO	**O.I.:** NEUTRO	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

RECOMENDACIONES	CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA		
OTRA RECOMENDACIÓN			
REMITIDO A:	N/A	**CAUSA REMISIÓN:**	N/A

Consentimiento informado

Yo IBARGUEN MATURANA JEFFERSON identificado con CC.11812776. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

CARLOS mario MORENO mosquera

Aspirante o trabajador

CC.11812776

LABORA VITAL IPS

NA

31 de enero de 2024 08:41:17 a. m.

TEST DE PERSONALIDAD

Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Numero Documento: 11812776

TRASTORNOS	CANTIDAD PREGUNTAS	CANTIDAD ACIERTOS	CALIFICACIÓN
Adaptativo	3	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Dependiente	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Histriónico	3	3	Aprobado
Narcisista	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Trastorno de personalidad por evitación	3	3	Aprobado
Trastorno limítrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Trastorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	3	2	Aprobado
Trastornos del desarrollo intelectual	2	2	Aprobado
Trastornos del desarrollo intelectual Abstracto	3	3	Aprobado
Trastornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Trastornos del sueño	3	3	Aprobado
Trastornos del sueño	3	3	Aprobado
Trastornos mentales debido a enfermedad médica	2	2	Aprobado
Trastornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado

OBSERVACIONES:

PACIENTE SE PRESENTA VESTIDO DE MANERA FORMAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, ALERTA Y UBICADO TEMPORO-ESPACIAL; MUESTRA CONFIANZA Y BUENA PROPENSIÓN HACIA LOS NUEVOS VÍNCULOS, SE PUEDE OBSERVAR CAPACIDAD DE ESCUCHA SE EVIDENCIA AFECTO ADECUADO NO ALTERACIÓN DEL JUICIO DE LA REALIDAD NO SE OBSERVA PENSAMIENTO NI IDEACION DE MUERTE LENGUAJE VERBAL FLUIDO Y COMPRENSIBLE NIVEL INTELECTUAL NORMAL NO REGISTRA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ALCOHOL O ABUSO DE MEDICAMENTOS NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS QUE LIMITEN SU CAPACIDAD MENTAL. PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES

Coeficiente intelectual entre 110-130

Nombre Especialista

Huella Dactilar

Firma Autoridad

Firma Empleado

JENNIFER SANCHEZ DUARTE

CNC - Dirección Administrativa

Sello

Número de Registro

1717959

IPS ADILAB
Un Laboratorio de Vida

50145541

Servicio	: CONSULTA EXTERNA	Sede	: ADILAB LABORA VITAL
Solicitud	: 50145541	Fecha Recepción	: 2024-01-31 07:29:30
Paciente	: JEFFERSON IBARGUEN MATURANA	Fecha Validación	: 2024-01-31 08:40:58
Identificación	: 11812776	Fecha Impresión	: 2024-01-31 10:32:26.
Convenio	: IPS LABORA VITAL	Edad/Sexo	: 42 / M
Telefono	:	Fecha Nacido	: 1981-03-08

HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO

METODO: CITOMETRIA DE FLUJO

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
RECUENTO DE ERITROCITOS	5.04	x10^6/uL	4.2	-	6.1
HEMOGLOBINA	16.5	g/dl	12.0	-	18.0
HEMATOCRITO	46.3	%	36.0	-	54.0
MCV	92.0	fl	80.0	-	100.0
MCH	32.7	pg	27.0	-	34.0
MCHC	35.6	g/dl	32.0	-	36.0
ANCHO DIST. ERITROCITARIA	13.1	%	11	-	16
RECUENTO DE PLAQUETAS	252	x10^3/uL	150	-	450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.1	fl	6.5	-	12.0
PLAQUETOCRITO	0.23	%	0.1	-	0.4
RECUENTO DE LEUCOCITOS	6.4	x10^3/uL	5.2	-	12.4
% NEUTROFILOS	37.9	%	40.0	-	74.0
% LINFOCITOS	52.0	%	19.0	-	48.0
% MONOCITOS	10.1	%	0.0	-	10.0
RECUENTO ABSOLUTO DE LEUCOCITOS					
# NEUTROFILOS	2.43	x10^3/cel	2.5	-	7.5
# LINFOCITOS	3.33	x10^3/cel	1.5	-	4.5
# MONOCITOS	0.65	x10^3/cel	0.2	-	0.8

Validado Por:

SERGIO ANDRES ORTIZ VALLE

T.P-1036600471

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50145541

URL : https://acortar.link/vI3yLL

IPS ADILAB

Un Laboratorio de Vida

50145541

Servicio	: CONSULTA EXTERNA	**Sede**	: ADILAB LABORA VITAL
Solicitud	: 50145541	**Fecha Recepción:**	2024-01-31 07:29:30
Paciente	: JEFFERSON IBARGUEN MATURANA	**Fecha Validación:**	2024-01-31 08:44:10
Identificación:	11812776	**Fecha Impresión :**	2024-01-31 10:32:26.
Convenio	: IPS LABORA VITAL	**Edad/Sexo**	: 42 / M
Telefono	:	**Fecha Nacido**	: 1981-03-08

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE					
Resultado:	**99**	mg/dl	70	-	100
Metodo:Colorimetrico					

Validado Por:

SERGIO ANDRES ORTIZ VALLE

T.P-1036600471

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellin - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50145541

URL : https://acortar.link/vI3yLL