

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 26/08/2024 11:58:24

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO

C.C 1026560091

EDAD 35 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERA PROFESIONAL



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Optometría ☒

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☒ NO ☐

Glic ☒

Col ☒

Trigli ☒ Otros ☒

¿Cuáles? PERFIL LIPIDICO

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIONES

RESTRICCION TEMPORAL PARA LABORAR / ALTERACION VISUAL

REQUIERE NUEVA VALORACION POR OPTOMETRIA CON CORRECCION OPTICA ADECUADA

RECOMENDACIONES

VALORACION POR OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR OBLIGATORIO / INGRESAR SVE VISUAL

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS

ESQUEMA DE VACUNACION: HEPATITIS B: 1 DOSIS: 15/08/2006 ; 2 DOSIS: 12/08/2006 3 DOSIS: 16/01/2007 REFUERZO: 17/07/2008 ; 2

REFUERZO: 22/02/2021 - TETANO: 1 DOSIS: 15/06/2006 2 DOSIS: 12/08/2006 3 DOSIS: 20/02/2009.

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Paula Sanchez

FIRMA DEL PACIENTE



Karen M. Valata L.
Dra. Karen M. Valata L.
Médico Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
Res. 152 C.C. 1.057.874.497

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Doc: 1026560091 Nombre : PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO Edad : 35 Años Sexo
Entidad: PARTICULAR

Parametro	Resultado	Rango referencia	
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	121	200	mg/dl
COLESTEROL HDL	54	65	mg/dl
COLESTEROL LDL	49.4	150	mg/dl
TRIGICERIDOS	88	200	mg/dl

B. Alejandro Ortiz
Bacteriólogo
UCME
B. Alejandro Ortiz
Bacteriólogo
UCME
BRYAN ALEJANDRO ORTIZ NARANJO
Especialidad:
CC: 1233500670 RM:

GLICEMIA BASAL
RESULTADO

72 70 110 mg/dL

B. Alejandro Ortiz
Bacteriólogo
UCME
B. Alejandro Ortiz
Bacteriólogo
UCME
BRYAN ALEJANDRO ORTIZ NARANJO
Especialidad:
CC: 1233500670 RM:

Clinisur

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit. 900148264 - 9

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07

Tel: 2784705

OPTOMETRÍA

Ingreso ☒

Egreso ☐

Periódico ☐

Caso ocupacional ☐

Fecha historia 26/08/2024 10:10:00

Doc. Identidad CC 1026560091

Nombre PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO

Fecha Nacimiento. 15/02/1989

Entidad PARTICULAR

Edad 35 Ocupación ENFERMERA PROFESIONAL

Fondo de pensión

EPS

ARL

Anamnesis

Último examen visual	25 AÑOS	Usa anteojos:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	V.L. <input type="checkbox"/> V.P. <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Bifocal <input type="checkbox"/> Progresivo <input type="checkbox"/> Filtros <input type="checkbox"/>
Frecuencia de uso:	Permanente: <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cirugías	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?		
Accidentes oculares	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?		
Signos y síntomas: Asintomático <input type="checkbox"/> Disminución visual de cerca <input type="checkbox"/> Disminución visual de lejos <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Ressequedad ocular <input type="checkbox"/>				
Ardor ocular <input type="checkbox"/> Lagrimeo <input type="checkbox"/> Cansancio ocular <input type="checkbox"/> Irritación <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Prurito ocular <input type="checkbox"/> Salto de renglón <input type="checkbox"/>				
Antecedentes personales y/o familiares Trae corrección óptica <input type="checkbox"/>				

Agudeza Visual					
C.C.	V.L.	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				20/100	20/20
O.I.				20/100	20/20

Lensometría				
	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

O.D.

O.I.

Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva <input type="checkbox"/> Pterigio N <input type="checkbox"/>	Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva <input type="checkbox"/> Pterigio N <input type="checkbox"/>
Pterigio T <input type="checkbox"/> Pinguécula <input type="checkbox"/> Nevus <input type="checkbox"/> Blefaritis <input type="checkbox"/>		Pterigio T <input type="checkbox"/> Pinguécula <input type="checkbox"/> Nevus <input type="checkbox"/> Blefaritis <input type="checkbox"/>	
Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Leucoma corneal <input type="checkbox"/>		Blefaritis seborreica <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Leucoma corneal <input type="checkbox"/>	
losis palpebral <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>		Ptosis palpebral <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>	

Motilidad Ocular

CVT: VL ORTHO

VP ORTHO

HISHBERG CENTRADO

Ducciones N

Versiones N

PPC 4CM

Oftalmoscopia

O.D.

O.I.

F.O.A.N. <input type="checkbox"/> Papila normal <input checked="" type="checkbox"/> Brillo foveal normal <input checked="" type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/>	F.O.A.N. <input type="checkbox"/> Papila normal <input checked="" type="checkbox"/> Brillo foveal normal <input checked="" type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/>
Esclerosis de cristalino <input type="checkbox"/> Opacidad de medios <input type="checkbox"/> Lesión retinal <input type="checkbox"/>	Esclerosis de cristalino <input type="checkbox"/> Opacidad de medios <input type="checkbox"/> Lesión retinal <input type="checkbox"/>

Test Ocupacionales

Visión cromática		Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D:		O.D:	O.D:
O.I:		O.I:	O.I:

Refracción

Refracción final

AV

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	-1.25	-		+	O.D:	-1.75	-		+		
O.I:	-1.25	-		+	O.I:	-1.75	-		+		

Interpretación

O.D O.I

O.D O.I

No requiere corrección óptica <input type="checkbox"/>	Defecto refractivo no corregido <input checked="" type="checkbox"/>
Defecto refractivo adecuadamente corregido <input type="checkbox"/>	Gafas no formuladas <input type="checkbox"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido <input type="checkbox"/>	

Diagnóstico

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Corrección Óptica Ocasional <input type="checkbox"/>	Control 6 meses <input type="checkbox"/>	Control 1 año <input type="checkbox"/>
Optometría Clínica <input checked="" type="checkbox"/>	Valoración por oftalmología <input type="checkbox"/>	Valoración por ortóptica <input type="checkbox"/>	

Valoración

Normal ☐ Anormal ☐

CONCEPTO

Apto ☐ No apto ☐ Observaciones: PH OD 20/20 OI 20/20

IVONNE LORENA BEDOYA

Especialidad: OPTOMETRIA

CC: 53117891 RM:

