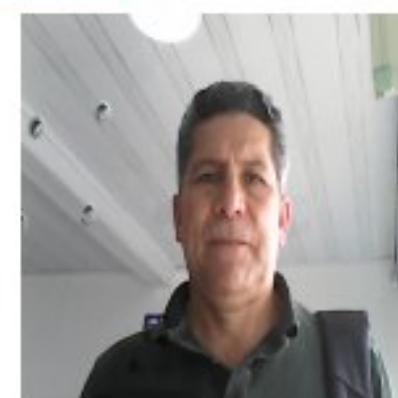




Nro. 7442

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA : 24/09/2022 HORA:13:44		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: AUGUSTO ABELARDO ANGARITA AREVALO		DOCUMENTO: 19452516	EDAD: 60 GENERO: M
Empresa: PARTICULAR		Cargo: MEDICO	Tel: 3162674418 -
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			
TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Preocupacional o Ingreso			
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto			
CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
Se certifica al trabajador para laborar Apto Para el Cargo Sin Restricciones, según resultados del cuestionario, valorización medica ocupacional y para clínicos según resolución N° 4272 del 27 de Diciembre del 2021			
EXAMENES LABORALES REALIZADOS			
Valoración Medica Laboral	SI	Respiratorio	NA
Dermatología	NA	Audiometria	NA
Visiometria	SI	Cardiovascular	NA
Prueba de equilibrio	NA		NA
LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO			
Glicemia	NA	Trigliceridos	NA
Cuadro Hemático	NA	Serologia	NA
Coprologico	NA	Frotis Faringeo	NA
RECOMENDACIONES			
Pausas Activas	Si	Uso de elementos de protección personal	Si
Control optométrico periódico	NA	Uso de lentes permanentes	NA
Evitar posturas prolongadas	Si	Control medico ocupacional anual	NA
Valoración por medicina laboral	NA	Uso de doble protección auditiva	NA
Control de tensión arterial	NA	Dieta y Ejercicio físico semanal	Si
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LECTURA OBLIGATORIA ANTES DE FIRMAR			
He comprendido el objetivo, propósito, beneficios y riesgo del examen médico, paraclínico y/o ocupacionales que se me practicaron. Certifico que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y que se plasmaron en este documento son veraces y completas. Entiendo que este es un proceso voluntario y libre de toda cohesión, fui informado de las medidas que el profesional de SST que labora en IPS EN SALUD tomara para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, AUTORIZO para que den a conocer sea por medio electrónico o físico esta información a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente para el adecuado cumplimiento del SGSST. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido lo anteriormente expuesto y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.			

Lea este código QR
con su celular para
validar su autenticidad



Dra. Gloria L. V.
Médico Especialista
en Seguridad y Salud en el Tr
U. de Antioquia Arg. E.A.N. 3
RM:14779

[Handwritten signature of the worker]



LICENCIA No. 250425 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No 19452516	6898
IPS EN SALUD S.A.S. Carrera 21 No 23 - 26 Sur. Barrio Olaya – Bogotá		
Tel: 2727690 – 300 5231062	Correo: administracion@ipsensalud.com.co	http://ipsensalud.com.co

	MACROPROCESO SERVICIO DE SALUD	
	Nombre del proceso: SERVICIO DE OPTOMETRIA	CODIGO: OPTO-FOR-01
	Nombre del documento: FORMATO OPTOMETRIA	Versión 1 Fecha: 01/06/2022

EMPRESA:	FECHA: 24 / 9 / 22 .
TIPO DE EXAMEN: INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ ALTURAS ☐	

I. INFORMACION GENERAL DEL USUARIO

NOMBRE: Augusto Abelardo Angarita A.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 19452516.
GENERO: H.	EDAD: 60 años
CARGO QUE DESEMPEÑARA EN LA EMPRESA: Medico	EPS:

II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION: Medico	TIEMPO EN ESTE SERVICIO:
EPP QUE UTILIZA:	
CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS: SI ☒ NO ☐	
PORQUE:	

III. EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

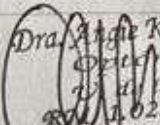
LE HAN PRACTICADO VISOMETRIAS ANTERIORMENTE: SI	USA GAFAS: SI
HACE CUANTO TIEMPO:	FECHA ULTIMO CAMBIO DE LENTES:
USA LENTES DE QUE TIPO: Vision proxima	
EXAMEN EXTERNO: OD Normal OI Normal	ESTADO MOTOR Normal AO.

IV. EVALUACION DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	CON CORRECCION	SIN CORRECCION
LEJOS OD		20/50
OI		20/25
AO		20/25
CERCA OD		20/25
OI		20/25
AO		20/25

OFTALMOSCOPIA DIRECTA: Normal	IDX: Hipermetropia / Presbicia
USO DE CORRECCION VISUAL: Permanente	OBSERVACIONES:
CROMATICA:	OBSERVACIONES:
TEST ESTEREOPSIS:	
INTERPRETACION:	

USO DE EPP ADECUADOS	RECOMENDACIONES LABORALES	INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
	CONTROL ANUAL ☒	


 Dra. Angie K. Castillo P.
 Optometrista
 C.O.P. 1023.936.628
 FIRMA Y SELLO OPTOMETRISTA