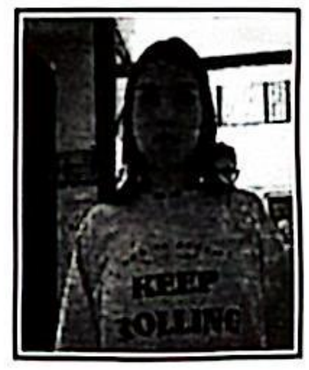
Nit: 901.066.615-1
Dirección: Calle 7 No. 7 - 20 Tocancipá, Cundinamarca
Cel: 318 717 4139 - 316 628 2144
e-mail: acrvitallaboralsas@gmail.com
www.acrvitallaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 67.190

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	07 MES	2024 AÑO	TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO INGRESO

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

VILLAREAL CHINCHILLA LAURA LUCIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	27 AÑOS 4 MESES 19 DÍAS	CC	1065831939
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MEDICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	CONSULTA DE OPTOMETRIA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO ANUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo al Dr.(a) abajo mencionado de realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Dr. (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen. He comprendido y he entendido 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. Informo que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas.
Autorizo a ACR VITAL LABORAL SAS, para que suministre a las personas o entidades contempladas, la información contemplada en este documento, igualmente para que remitan mi historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado y entiendo que para ello ACR VITAL LABORAL SAS manejara dicha información acorde a lo contemplado en la ley 1581 de del 2012 de Haveas Data. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior que tales espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: ADRIANA CUY
Medico General y Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 1997 LSO 25-5981

Nombre: CUY RIVERA DELIA ADRIANA

R. M.: 25-5981 DE 2015 L.S.O.:

Código de Seguridad
Y705E1K67190

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VILLAREAL CHINCHILLA LAURA LUCIA

CC: 1065831939

Powered by CamScanner

ACR IPS Vital laboral

Nit: 901.066.615-1
Dirección: Calle 7 No. 7 - 20 Tocancipá, Cundinamarca
Cel: 318 717 4139 - 316 628 2144
e-mail: acrvitallaboralsas@gmail.com
www.acrvitallaboral.com



EXAMEN DE CONSULTA DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 30,642**

Fecha: 13/07/2024 **Municipio:** TOCANCIPÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **CC:** 1065831939 **Nombre:** VILLAREAL CHINCHILLA LAURA LUCIA **Edad:** 27 AÑOS 4
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** MEDICO **Empresa:** INDEPENDIENTE
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VALLEDUPAR **Motivo Consulta:** CONTROL INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	PADRE HIPERTENSO
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

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	0.50	.	N/A	20/ N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 30	0.50	.	N/A	20/ N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 30	0.50	.	N/A	20/ N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SEGMENTO ANTERIOR SANO**

OJO IZQUIERDO: **SEGMENTO ANTERIOR SANO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

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	NEUTRO-1.00X(	AV VL 20/ 20	
OJO IZQUIERDO	-1.00-1.00X0	AV VL 20/ 20	

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	-1.00-1.00X0	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 0.5	ADD	.
OJO DERECHO	NEUTRO-1.00X(	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 0.5	ADD	.

Powered by CamScanner

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE RECOMIENDA USAR LENTES OCASIONALES CONDICIONES ADECUADAS PARA EL CARGO

OPTOMETRA

Dra. Katherine Porras Z.
UAN
TP 1.077.089.834
Optómetra

Firma:

Nombre: PORRAS ZAMORA KATHERINE DANIELA

R. M.: 1077089834 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

F705L3R30642

PACIENTE

Firma:

Nombre: VILLAREAL CHINCHILLA LAURA LUCIA

CC: 1065831939

Powered by CamScanner