Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 32144528-415499

Fecha y Lugar: 5/05/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: PARTICULAR
NIT: 1
Empresa en Misión: -
Actividad Económica:

Dirección:
Teléfono: 0 -
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail:

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: MONICA GISELA AVELLA PARGA
Género: FEMENINO **Edad:** 45
Fecha y Lugar de Nacimiento: 28/02/1980 MEDELLIN
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRA 63 A 94 377 MEDELLIN
ARL: NO REPORTA

Identificación: 32144528
Teléfono: 3012713169
Cargo: GERENTE ADMINISTRATIVA
Escolaridad: ESPECIALIZACION
EPS: EPS SURA
AFP: PROTECCION S.A.

Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

-CUMPLE PARA EL CARGO-

4. OBSERVACIONES

CONTINUAR MANEJO DE SU PATOLOGIA DE BASE EN LA EPS CON MEDICO TRATANTE. // VALORACION DE NUTRICION EN SU EPS POR SOBREPESO // BUEN HABITO DE ALIMENTACION // REALIZAR EJERCICIOS 150 MINUTOS SEMANALES.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.
EN PUESTOS DE TRABAJO CON UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO Y PANTALLAS:
EVITAR REFLEJOS EN LA PANTALLA
TRABAJAR EN UNA HABITACIÓN CON ILUMINACIÓN HOMOGÉNEA
EMPLEAR UN TAMAÑO DE LETRA LEGIBLE
HACER DESCANSOS Y PRACTICAR EJERCICIOS VISUALES
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
SE RECOMIENDA CUIDADOS ERGONOMICOS DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, SE SUGIERE INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR. LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL. HABITOS DE VIDA SALUDABLE

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	
VISUAL	-
CARDIOVASCULAR	-

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS	
NUTRICION	

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de

programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
MONICA GISELA AVELLA PARGA
32144528

EXAMEN VISIOMETRIA

Labora Vital IPS



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	5/05/2025 MEDELLIN		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	MONICA GISELA AVELLA PARGA		**Identificación:**	32144528	
Género	FEMENINO	**Edad:** 45	**Teléfono**	3012713169	**Móvil:**
Fecha Nacimiento:	28/02/1980		**Cargo:**	GERENTE ADMINISTRATIVA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	EPS SURA	
Dirección	CRA 63 A 94 377		**Escolaridad:**	ESPECIALIZACION	
Empresa	-				

EVALUACIÓN

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Usa Lentes Si Siempre Contacto **Problemas Visuales** No **Cirugías** No Última Evaluación 0 Años 0

Exposición a Factores de Riesgo Ocupacionales

		Años	Meses	Protección	Accidentes			Años	Meses	Protección	Accidentes
Mecánico	Proyección de Partículas	0	0	No	No	Químico	Polvos	0	0	No	No
Biológico	Virus, Bacterias, Hongos	0	0	No	No		Vapores, Gases	0	0	No	No
Físicos	Temperaturas Altas	0	0	No	No		Humos, Aerosoles	0	0	No	No
	Radiación Ionizante	0	0	No	No		Líquidos	0	0	No	No
	Radiación No Ionizante	0	0	No	No	Carga Física	Fijación Permanente	0	0	No	No
	Iluminación	0	0	No	No		Pantallas	0	0	No	No

Hallazgos

Síntomas

Irritación: No **Ardor Ocular:** **Caspa en Pestañas:** **Mala Visión de Cerca:** No **Mala Visión de Lejos:** **Cansancio Visual:** No **Fatiga Visual:**
Cefalea: **Lagrimeo:** **Confusión de Letras:** **Salto de Renglones:**

Sensación de Cuerpo Extraño:

Visión Variable:

Equipo

Examen Físico

Parpados: Conjuntivas: Normal Escleras: Normal Iris, Pupila: Normal Córnea: Normal Fondo de Ojo: Normal

Pterigion: No Queratocono: No

Hallazgos

Percepción de Colores Discromatopsia (Daltonismo): No

Prueba Visión Lejana

Normal Si

Sin Corrección	Izquierdo: 20/200	Ambos: 20/200	Derecho: 20/200
Con Corrección	Izquierdo: 20/30	Ambos: 20/30	Derecho: 20/30

Prueba Visión Cercana

Normal Si

Sin Corrección	Izquierdo: 20/70	Ambos: 20/70	Derecho: 20/70
Con Corrección	Izquierdo:	Ambos:	Derecho:

Foria Lateral: 9 Foria Vertical: 4 Fusión: Normal Estereopsis: Normal

Campos Horizontales: Izquierdo: 85° SI - 70° SI - 55° SI - NASAL SI Derecho: 85° SI - 70° SI - 55° SI - NASAL SI

Conclusiones

Trastorno de Agudeza Visual: Si Ambos Trastorno Unilateral de la Visión:

Requiere uso obligatorio de lentes para trabajar: No Presbicia, requiere lentes para trabajos con detalle

Discromatopsia (Daltonismo) No apto para oficios que requieran discriminación fina de colores: No

Evaluación Optométrica, Evaluar necesidad de correeción visual o la corrección Actual: No Evaluación por Oftalmología: No

Visión de profundidad Normal:	Lejos: No	Cerca: No	Fusión Anormal: No	Lejos: No	Cerca:
Foria Lateral No	Lejos: No	Cerca: No	Foria Vertical:	Lejos: No	Cerca: No
Alteración Campo Visual: No	Lejos: No	Cerca: No			

Otras Patologías:

Aplazado: No

Recomendaciones REALIZADO

Observaciones

ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO 4515

Profesional

MONICA GISELA AVELLA PARGA 32144528

Firma y cédula del Paciente