CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE 2	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89 Barrio Polo Club
TELÉFONO	6224464 - 7425327	**EMAIL**	citas.norte2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-11-21	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JUAN MANUEL DIAZ CASTRO			Identificación CC	Nro 79795560
Fecha de Nacimiento	1978-05-15	**Edad**	44	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2022-11-21 11:28:33	**Fecha Salida**	2022-11-21 11:44:02		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VISIOMETRIA

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION EPS	SI Observaciones: USO DE MEDIAS DE COMPRESION SEGUN CRITERIO DE MEDICO DE SU EPS
OTRAS:	SI Observaciones: USO ADECUADO DE EPP DE ACUERDO A EXPOSICIÓN LABORAL

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Mónica Estrada V.
Médico Salud Ocupacional
R.M. 1030555388
L.S.O. 15550 - 27/01/22

MONICA LILIANA ESTRADA VARGAS
RM: 1030555388
Firma y sello del médico

JUAN MANUEL DIAZ CASTRO
CC 79795560
Firma del trabajador

Cendiatra

VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2022/11/21
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE 2	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89 Barrio Polo Club
TELÉFONO	6224464 - 7425327	**EMAIL**	citas.norte2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-11-21	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN MANUEL DIAZ CASTRO			Identificación CC	Nro 79795560
Fecha de Nacimiento	1978-05-15	**Edad**	44	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2022-11-21 11:39:38	**Fecha Salida**	2022-11-21 11:39:43		

DATOS EMPRESA

ACTIVIDAD ECONOMICA	SERVICIOS ABOGADO

EVOLUCION

EVOLUCION	NO APLICA

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	ULTIMO EXAMEN VISUAL 2 AÑOS
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NO REPORTA
ANTENCEDENTES FAMILIARES	NO REPORTA

PRUEBA

PERIMETRIA	9

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/20	TOMA DE AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION
OJO DERECHO	20/20	
OJO IZQUIERDO	20/20	
ESTEREOPSIS " SEG.	40	
VISION CROMATICA	NORMAL	
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0.50 cm	TOMA DE AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION
OJO DERECHO	0.50 cm	
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	
FORIA LATERAL	NORMAL	
ESTENOPEICO	20/20 AMBOS OJOS	

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	EMETROPE
DIAGNOSTICO 2	Z010: Examen de ojos y de la visión

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	CONTROL ANUAL

HISTORIA MANUAL

Cendiatra

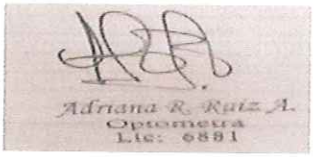
VISIOMETRIA

Fecha de impresión: 2022/11/21
www.cendiatra.com

FORMATO MANUAL NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



ADRIANA ROCIO RUIZ ARIAS
RM: 52967831

JUAN MANUEL DIAZ CASTRO
CC 79795560

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de Impresión: 2022/11/21
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA NORTE 2	**DIRECCIÓN**	Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89 Barrio Polo Club
TELÉFONO	6224464 - 7425327	**EMAIL**	citas.norte2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-11-21	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN MANUEL DIAZ CASTRO			Identificación CC	Nro 79795560
Fecha de Nacimiento	1978-05-15	**Edad**	44	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2022-11-21 11:35:29	**Fecha Salida**	2022-11-21 11:35:36		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL. MANTENER ADECUADA HIGIENE AUDITIVA.

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

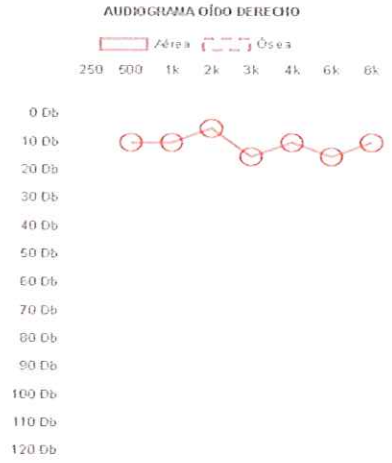
Cendiatra

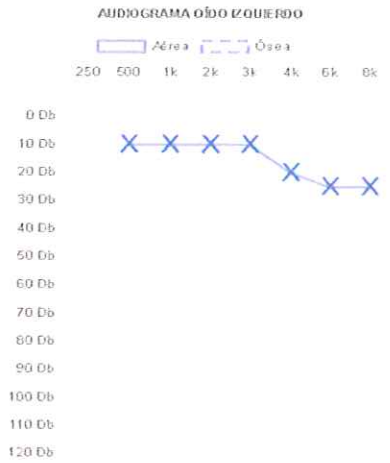
HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de Impresión: 2022/11/21
www.cendiatra.com

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				10			10			5			15			10			15			10		
OI				10			10			10			10			20			25			25		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO
ALTERACION DE LA AUDICION	NO
DOLOR DE OIDOS	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO
REALIZO POLIGONO	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K)	10
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K)	12.5

Cendiatra

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2022/11/21
www.cendiatra.com

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
OBSERVACIONES	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL. MANTENER ADECUADA HIGIENE AUDITIVA.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



ANYULY HENAO MAYORGA
RM: 52527488
Firma y sello del médico evaluador

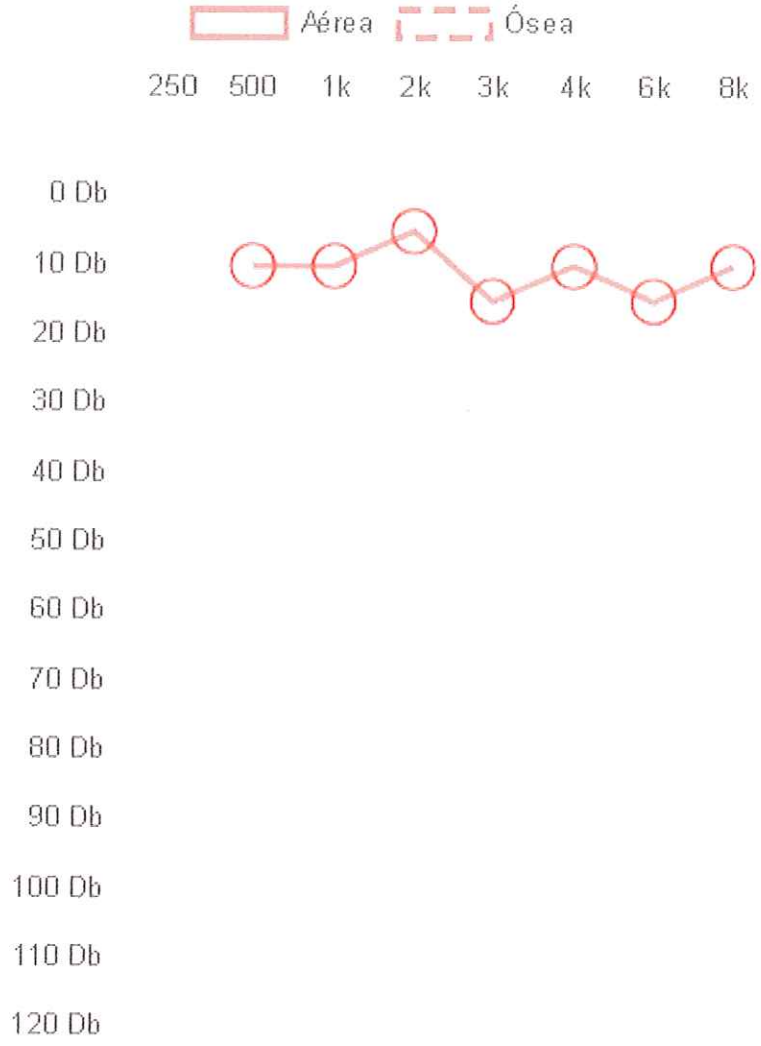


JUAN MANUEL DIAZ CASTRO
CC 79795560
Firma del trabajador evaluado

Cendiatra

Imagenes anexas

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



Cendiatra

Imagenes anexas

AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO

