



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT: 900.836.143-8

CÓDIGO

VERSIÓN

FECHA

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Empresa: **PARTICULAR** Ciudad: **ARAUCA** ID: **88220537**

Pre-Ingreso	☒	Retiro	-	Pre - Ingreso	-	Fecha
Periódico	-	Post-	-	Particular	-	
Re - integro	-	incapacidad	-	ARL	-	18/01/2020
		Cambio cargo	-			

1. IDENTIFICACIÓN



Nombres y Apellidos: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA**
 Sexo: F - M ☒ Fecha de nacimiento: **05/05/1976** Edad: **43** años
 Lugar de Nac. **CUCUTA** Escol. **PROFESIONAL**
 Estado civil **U.LIBRE** Prof. **ADM. DE EMPRESAS**
 Cargo **INSTRUCTOR DE IDIOMAS** Fecha de Valoración **18/01/2020**
 Funciones principales: **ENSEÑAR**
 A.R.L. **POSITIVA** Celular **3143200397**
 E.P.S. **NUEVA EPS** A.F.P. **PORVENIR**

2. EXÁMENES REALIZADOS

Examen	DESCRIPCION
1. Visiometria / Optometria	Normal. Leve (18/01/2020).
2. Audiometria	Normal. (18/01/2020).
3. Espirometria	
4. Psicosensometrico / Coordinación Motriz	
5. Psicología	
Lab. Clínico	DESCRIPCION
6. Cuadro hemático	—
7. Parcial de orina	—
8. Perfil Lipídico	Normal (18/01/2020)
9. Glicemia	Normal (18/01/2020).
10. Serología	
11. TGO / TGP	
12. Creatinina	
13. Hemoclasificación	
Examen	DESCRIPCION
14. RX de torax	
15. RX de columna lumbo sacra	
16. EKG	
Examen físico	Examen osteomuscular sin alteraciones.

3. CONCEPTO MEDICO

Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo
 Con recomendaciones para desempeñar el cargo
 Con restricciones para el cargo
 Aplazado
 Condiciones inadecuadas para desempeñar cargo
 Condiciones adecuadas para trabajo en alturas
 Condiciones adecuadas para manejo de cargas
 Condiciones adecuada para espacios confinados
 Condicion adecuada manipulacion de quimicos
 Condicion adecuada manipulacion de alimentos

☒	



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

CÓDIGO

VERSIÓN

FECHA

4. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL		ANORMAL		REMISION	NO	SI	EPS	ARL
Apto para alturas	SI	NO		Recomendaciones				
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI	NO		OBS				

5. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL		ANORMAL		REMISION	NO	SI	EPS	ARL
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI	NO		OBS				

6. INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA Y/O PYP

AUDITIVO		CARDIOVASCULAR	☒	OSTEOMUSCULAR		BIOLOGICO	
RESPIRATORIO		RADIACION IONIZANTE		PSICOSOCIAL		OTRO	
VISUAL	☒	MANEJO DE VOZ		QUIMICO			

7. RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

Dieta y ejercicio

8. RECOMENDACIONES PARA EMPRESA

Brindar espacios para hacer pausas activas

9. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- ① Dieta balanceada baja en grasa
- ② Hacer actividad física 30 min al día mínimo
- ③ Uso de lentes filtro U.V.
- ④ Hacer pausas activas 10 min c/2hr en especial de la voz

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

Firma y cédula del examinado

CE 80'220.537

Nombre, firma y registro del Médico

Cynthia C. C. C.
Médica

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS S.A.S NIT: 900.836.143-8



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA MEDICO OCUPACIONAL

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

Empresa:

PARTICULAR

Ciudad: **ARAUCA**

ID

88220537

Pre-Ingreso

X

Retiro

-

Pre - Ingreso

-

Fecha:

Periódico

-

Post- incapacidad

-

Particular

-

18/01/2020

Re - integro

-

Cambio de cargo

-

ARL

1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos:

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

Sexo: F - M **X**

Fecha de nacimiento:

05/05/1976

Edad: **43**

años

Lugar de nacimiento:

CUCUTA

Escolaridad:

PROFESIONAL

Estado civil

U.LIBRE

Profesión:

ADM. DE EMPRESAS

Cargo

INSTRUCTOR DE IDIOMAS

Fecha de Valoración

18/01/2020

Funciones principales:

ENSEÑAR

A.R.L.(Riesgos)

POSITIVA

Celular

3143200397

E.P.S.(Salud)

NUEVA EPS

A.F.P.(Pensiones)

PORVENIR

2. HISTORIA OCUPACIONAL

Oficios desempeñados:

Empresa / Área

Ocupación / Oficio

Tiempo

Exámenes

ALEL

Secuelas

Indemnizado

	Años	Meses	Ing.	Peri.	Ret.	No	No	Si	No	Si	No	Si	Fecha
1. SENA	Instructor de idiomas	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2. MACRO SISTEMAS	Soporte tecnico	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3.													
4.													
5.													

Actual: **No**

Prestó servicio militar:

SI

NO

X

Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas:

Niega

1.

2.

3.

Enfermedad laboral Calificada por ARL **Niega**

Factor de Riesgo	T.exposición						Factor de Riesgo	T.exposición						Factor de Riesgo	T.						Factor de Riesgo	T.exposición(h)								
	Empresa							Empresa							Empresa							Empresa								
	1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A			
Físico	Calor						Químico	Neblinas						Eléctrico	Incendio						Psicolaboral	Atención								
	Frío							Humos								Explosión								Monotonía						
	Alta							Polvos								Sentado								Sobrecarga						
	Baja							Líquidos								De pie								laboral						
	Presión							Gases v								Movimi.								Turnos						
	Rad. No							Vapores								Levant. de								Alto ritmo						
	Rad. ioniz.							Contacto								Cont. Eléct.								Conflicto						
	Ruido							Producto								Cont. Eléct.								relación						
Vibración						Químico							Carga Estática							interpersonal										
Factor de Riesgo	T.						Factor de Riesgo	T.						Factor de Riesgo	T.						Factor de Riesgo	T. exposición (h)								
	Empresa							Empresa							Empresa							Empresa								
	1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A		1	2	3	4	5	A			
Público	Tránsito						Biológico	Contacto con:						Localidad	Orden v aseo						Mecánico	Caídas								
	Terrorismo							Animales								Instalac. mal								Herra.						
	Secuestro							Microorganismo								Almacén.								Máquinas						
	Deportivo							Fluido corporal								Elementos														

Uso de Elementos de Protección Personal:

Si: **No**

X

Ocasional: **No**

Actividades Extralaborales: **Soporte de computadores**

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

3. HISTORIA FAMILIAR

Patología	No	Si	Parentesco	Patología	No	Si	Parentesco
Diabetes	☒			Reumatológicos	☒		
Cardiovascular	☒			Neurológicos	☒		
Cáncer	☒			Mentales	☒		
Respiratorios	☒			Digestivos	☒		
HTA	☒		<i>Abuela materna.</i>	Otros	☒		

4. HISTORIA PERSONAL

Traumáticos	Niega	Si	Describir	Alérgicos	Niega	Si	Describir (agente)
Fracturas	☒			Asma	☒		
Luxaciones	☒			Rinitis	☒		
Esguinces	☒			Dermatitis	☒		
Otros traumas	☒			Urticaria/otros	☒		
ORL	Niega	Si	Describir	Metaból.	Niega	Si	Describir
Otitis	☒			Dislipidemia	☒		
Sinusitis	☒			Diabetes	☒		
Hipoacusia	☒			Enf. Tiroideas	☒		
Otras	☒			Obesidad	☒		
Osteomuscular	Niega	Si	Describir	Digestivas	Niega	Si	Describir
Trastornos columna	☒			Gastritis	☒		
Tendinitis/bursitis	☒			Úlceras	☒		
S. Túnel Carpiano	☒			Colitis	☒		
Osteoartritis	☒			Otros	☒		
Infecciosas	Niega	Si	Describir	Cardio/respi	Niega	Si	Describir
ETS	☒			Hipertensión	☒		
TBC	☒			Infarto	☒		
Hepatitis	☒			Angina	☒		
Zoonosis	☒			Epoc	☒		
Amigdalitis crónica	☒			Bronquitis	☒		
Otras	☒		<i>Sarampion.</i>	Várices / otros	☒		
Neurológica /	Niega	Si	Describir	Urológica	Niega	Si	Describir
Epilepsia	☒			Litiasis Renal	☒		
Migraña/cefaleas	☒			Infec. Urinaria	☒		
Psiquiátricas	☒			Tumorales	Niega	Si	Describir
Vértigo/otras	☒			Tóxicos	☒		
Hematológicas	☒			Transfusionales	☒		
Quirúrgicos	Niega	Si	Describir	Medicamentos	☒		

Aclaración de la historia personal:

5. HISTORIA GINECOBISTETICA

Ciclos: *N.A.* / FUM: G: P: C: A: Vivos: FUP: Última Citología: Última Eco. Mamaria:

Dismenorrea: Si No Método de planificación: Última Citología: Última Eco. Mamaria:

6. ESTILOS DE VIDA

6.1 Tabaquismo: No ☒ Si: Eventual a <5: Habitual (6-10): Compulsivo (110 mas):
 Años de hábito: 1-5 6-10 11 6.2 Licor: No Si Ocasional ☒
 Exfumador ☒ Dejo de fumar: <1 año 1-5 6-10 6.3 Drogadicción: No ☒ Si Tipo de droga:
 6.4 Hábitos de ejercicio: No Si ☒ ¿Cuál? *Bicicleta, caminar*
 Frecuencia: *3 veces/semana*
 Lesiones deportivas: No ☒ Si ¿Cuál?

Observaciones



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

7. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	N	S	Describir	Sistema	N	S	Describir
Organos de los sentidos	/	/		Gastrointestinal	/	/	
Neurológico / mental	/	/		Genitourinario	/	/	
Cardiorrespiratorio	/	/		Osteomuscular	/	/	
Metabólico y endocrino	/	/		Piel y anexos	/	/	

8. EXAMEN FÍSICO

Peso: 79 Kg. Estatura 1.74 IMC 26.1 P.A: 114 / 78 Pulso 80 FR 16x1
Estado General: Normal Estado Mental: Normal Diestro: / Zurdo: Ambidiestro:
Perimetro abdominal 94 Observaciones

8.1 Cabeza

Cráneo		Normal	Anormal	Describir		Normal	Anormal	Describir
Ojos	Párpados	/		Nariz	Inspección	/		
	Conjuntiva	/			Mucosa	/		
	Escleras	/			Tabique	/		
	Córnea	/			Cornetes	/		
	Iris-pupilas	/			Senos	/		
	Fondo de ojo	/			Paranasales	/		
Oídos	Pabellones	/		Orofa-ringe	Paladar	/		
	Conductos	/			Mucosas	/		
	Tímpanos	/			Lengua	/		
	Visiometría				Amígdalas	/		
Carta Snellen	OD	OI	AO		Faringe	/		
Cercana	0,5	0,5	0,5		Dentadura	/		
Lejana	20/20	20/20	20/20		Prótesis	Superior:	NO	
Corrección	—	—	—			Inferior:	NO	
8.2.3								

8.2 Cuello

	Normal	Anormal	Describir
Inspección	/	/	
Palpación	/	/	
Glándula tiroides	/	/	

8.3 Tórax

	Normal	Anormal	Describir
Pulmonar	Inspección	/	
	Palpación	/	
	Percusión	/	
	Auscultación	/	

Corazón

	Normal	Anormal	Describir
P.M.I	/	/	
Ritmo	/	/	
Ruidos	/	/	

8.4 Abdomen

	Normal	Anormal	Describir
Inspección	/	/	
Palpación (Megalias)	/	/	
Percusión	/	/	
Auscultación	/	/	

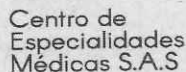
8.5 Genitourinario

	Normal	Anormal	Describir
Hombre	Inspección	/	
	Vello púbico	/	
	Testículos	/	
	TR (si aplica)	NA	

	Normal	Anormal	Describir
Glándula Mamaria	Inspección	/	
	Palpación	/	
	Pezones	/	
	Cicatrices	/	
	Secreción	/	

	Normal	Anormal	Describir
Mujer	Inspección	/	
	Vello púbico	/	
	TV / TR	/	
	(si aplica)	/	

Observaciones



CÓDIGO:

VERSIÓN:**FECHA:**

Miembros Inferiores

Miembros Superiores										Miembros Inferiores									
Arcos de movimiento		Anormalidad				PHALEN		TINNEL		Arcos de mov.		Anormalidad				Inspección			
		Ho.	Co.	Mu.	De.	D	I	D	I			Cap	Ro	Cil	Deo				
		D	I	D	I	D	I	D	I			D	I	D	I	D	I		
Flexión								X	(+)	X	(+)								
Extensión								X	(+)	X	(+)								
Abducción																			
Aducción																			
Rot. interna																			
Rot. externa																			
Pronación																			
Supinación																			
Desv. ulnar																			
Desv. radial																			
Ononencia																			
Inspección:										Inspección:									
Atrofia:										Atrofia:									
Hipertrofia:										Hipertrofia:									
Palpación:										Palpación:									
Sensibilidad:										Sensibilidad:									
Obs:										Obs:									
Estructuras anormales (Congénitas, amputaciones, desviaciones, masas, dolor, contracturas):										Estructuras anormales (Congénitas, amputaciones, desviaciones, masas, dolor, contracturas):									

8.7 Columna vertebral

8.7 Columna vertebral										Pruebas especiales		
Región	Cervi.	Dorsal	Lumb.	Escoliosis		Cervical	Dorsal	Lumbar	Test Schöber (movilidad lumbar):		cm.	
Curva	N	A	D	N	A	No	Si	No	Si	Test de Wells (Isquiotibiales):		grados
Cifosis										III		
Lordosis										Negat.		
Arcos de movimiento												
	Cervical		Dorsolumbar		Dolor		Espasmo					
	Normal	Anorm.	Normal	Anorm.	No	Si	No	Si				
Flexión	/		/		/		/					
Extensión	/		/		/		/					
Rotación derecha	/		/		/		/					
Rotación izquierda	/		/		/		/					
Inclinación lateral derecha	/		/		/		/					
Inclinación lateral izquierda	/		/		/		/					
Balance Muscular										Estructuras retraídas		
Fuerza de músculos abdominales: Normal / Anormal										No: / Si: Cual:		
Fuerza de músculos dorsales: Normal / Anormal										Alineación Escapular: Alineación Pélvica:		
Reflejos		Normal	Anormal	Describir								
Bicipital		/										
Tricipital		/										
Patelares		/										
Aquilianos		/										
Examen neurológico												
8.8 Vascular perifér.		Presentes	Ausente	Describir								
Pulsos periféricos		/	/									
Várices			/									
8.9 Piel y faneras		Presentes	Ausente	Describir								
Cicatrices		/	/									
Tatuajes		/	/			Region deltoidea derecha.						
Nevus		/	/									
Acne		/	/									
Uñas		/	/									
Dermatosis / otras		/	/									

9. PRUEBAS DE ALTURAS

9. PRUEBAS DE ALTURAS			
ROMBERG	NA	PRUEBA ÍNDICE	NA
MARCHA CIEGA BABINKY	NA	PRUEBA UNTERBERGER	NA

10. EXÁMENES DE LABORATORIO

10. EXAMENES DE LABORATORIO			
Examen	Resultado	Examen	Resultado
1. Cuadro hemático	—	6. TGO	/
2. Parcial de orina	Hipertrigliceridemia leve Normal	7. TGP	
3. Perfil lipídico		8. Creatinina	
4. Glicemia		9. KOH	
5. Frotis de garganta		10. Coprológico	
Anotaciones:			Hemoclasificación:

11. INMUNIZACIONES

11. INMUNIZACIONES					
Vacuna	Fecha	Próxima dosis	Vacuna	Fecha	Próxima dosis

Visiometria: hipermetropia, ojo rojo leve ambas ojos, sin alteracion de vision al color.

Audiometria: Normal



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

12. DIAGNÓSTICOS

1. Hipertrigliceridemia leve
2. Sobrepeso
3. Hipermétropea.
- 4.
- 5.
- 6.

Uso de Elementos de Protección recomendado para la labor asignada:	Ojos	Oídos	Cara	Cabeza	Respirac/n	Traje	Otro (¿Cuál?)
	☒						

13. CONCEPTO MEDICO

DESCRIPCION

Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo
Con recomendaciones para desempeñar el cargo
Con restricciones para el cargo
Aplazado
Condiciones inadecuadas para desempeñar el cargo
Condiciones adecuadas para trabajos en alturas
Condiciones adecuadas para manejo de cargas
Condiciones adecuada para espacios confinados
Condiciones adecuada para manipulación de químicos
Condiciones adecuada para manipulación de alimentos

Observaciones

Requiere reubicación: SI ☐ NO ☐ RECOMENDACIONES

14. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL ☐ ANORMAL ☐ REMISION ☐ NO ☐ SI ☐ EPS ☐ ARL ☐
Apto para alturas ☐ SI ☐ NO ☐ Recomendaciones ☐
ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐ SI ☐ NO ☐ OBS: ☐

15. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL ☐ ANORMAL ☐ REMISION ☐ NO ☐ SI ☐ EPS ☐ ARL ☐
ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐ SI ☐ NO ☐ OBS ☐

16. INGRESO PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA

AUDITIVO
RESPIRATORIO
VISUAL

☐
☐
☒

CARDIOVASCULAR
RADIACION IONIZANTE
MANEJO DE VOZ

☒
☐
☐

OSTEOMUSCULAR
PSICOSOCIAL
QUIMICO

☐
☐
☐

Y/O PYP
BIOLOGICO
OTRO

☐
☐
☐

17. RECOMENDACIONES PARA EPS

Control anual por optometría.



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

18.RECOMENDACIONES PARA ARL

N.A

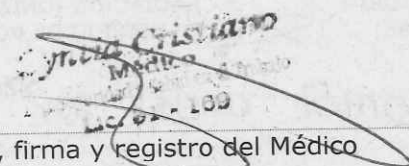
19.RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- ① Dieta balanceada baja en grasas
- ② Hacer actividad física al menos 30 min / día
- ③ Uso de lentes con filtro U.V.
- ④ Hacer pausas activas 10 min c/2hrs. en especial de la voz.

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.


C.C. 88.220.537
Firma y cédula del examinado


Nombre, firma y registro del Médico



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S.

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

Empresa:

PARTICULAR

Ciudad:

ARAUCA

ID

88220537

Pre-Ingreso

X

Retiro

-

Pre - Ingreso

-

Fecha:

Período

-

Post- incapacidad

-

Particular

-

Re - integro

-

Cambio de cargo

-

ARL

D M A
18/01/2020



1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos:

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

Sexo: F - M X

Fecha de nacimiento:

05/05/1976

Edad:

43

años

Lugar de nacimiento:

CUCUTA

Escolaridad

PROFESIONAL

Estado civil

U.LIBRE

Profesión:

ADM. DE EMPRESAS

Cargo

INSTRUCTOR DE IDIOMAS

Fecha de ingreso:

18/01/2020

Funciones principales:

ENSEÑAR

A.R.L.(Riesgos)

POSITIVA

Cellular

3143200397

E.P.S.(Salud)

NUEVA EPS

A.F.P.(Pensiones)

NUEVA EPS

2. HISTORIA OCUPACIONAL

Oficios desempeñados:

Tiempo

Exámenes

ATEP

Secuelas

Indemnizado

Empresa / Área

Ocupación / Oficio

Años

Meses

Ing.

Peri.

Ret.

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

1. INDEPENDIENTE

Adm. Empresas.

20.

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

Describir tipo de accidente, lesiones y/o secuelas:

Enfermedad Profesional Calificada por Af

SINTOMAS	T.exposición	Factor de Riesgo	T.exposición	Factor de Riesgo	T.exposición	Ant. Personales	SI	NO
Pito	SI NO	Polvos	SI NO	Constante	SI NO	Diabetes	SI	NO
Dolor		Líquidos		Intermitente		HTA		
Prurito		Vibración		Impacto		Dislipideis		
Baía		Incendio		Ocasional		Vertigo		
zumbido		Explosion		Otro		Otro		
Uso de audifonos:	SI NO	Ocasional		Horas al día				
Uso de EPP A	SI NO	Ocasional		Cual tapon				
				Moldead				
				Premoldead				
				Orejas				

3. HISTORIA PERSONAL

Traumáticos Niega Si

Describir

Alérgicos Niega Si

Describir (agente)

Rotura de tímpano

Sinusitis

Infecciosos

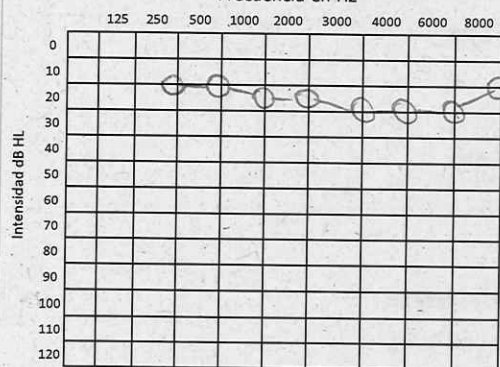
Rinitis

Aclaración de la historia personal:

4. AUDIOMETRIA

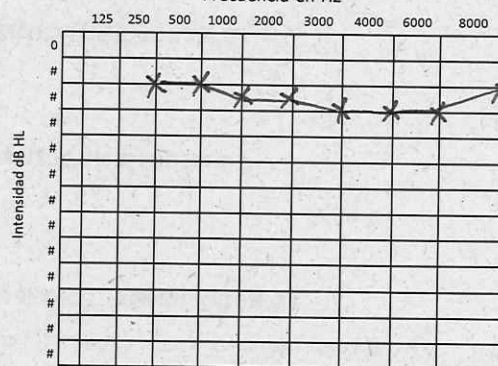
OIDO DERECHO

Frecuencia en Hz



OIDO IZQUIERDO

Frecuencia en Hz



PROMEDIO TONAL

OD 15dB

OI 15dB

VALORACION DE LARSEN

NORMAL

SUCEPTIBLE

GRADO 1

GRADO 2

GRADO 3

GRADO 4

OD

X

OI

X

Observaciones:



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA

CÓDIGO:

VERSIÓN

FECHA:

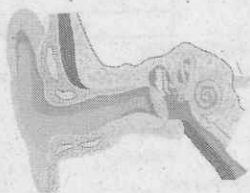
5. VALORACION EXTERNA

OIDO DERECHO

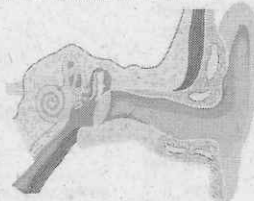
OIDO IZQUIERDO

CAE: Normal

MT: Normal



EXTERNO



CAE: Normal

MT: Normal

12. DIAGNÓSTICOS

- 1 Sensibilidad auditiva normal bilateral.
- 2
- 3

9. RECOMENDACIONES

Uso de Elementos de Protección
recomendado

TAPON

MOLDEA

PREMOLDEADO

OREJERAS

OTROS

10. CONCEPTO AUDITIVO

DESCRIPCION

Observaciones

Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo
Con recomendaciones para desempeñar el cargo
Con restricciones para el cargo
Aplazado
Condiciones inadecuadas para desempeñar el cargo
Condiciones adecuadas para trabajos en alturas
Condiciones adecuadas para manejo de cargas
Condiciones adecuada para espacios confinados
Condiciones adecuada para manipulación de químicos
Requiere reubicación: SI NO

X

RECOMENDACIONES

11. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL X ANORMAL REMISION NO SI EPS ARL
Apto para alturas SI NO Recomendaciones
ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO OBS

12. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL ANORMAL REMISION NO SI EPS ARL
ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO OBS

13. RECOMENDACIONES PARA EPS

14. RECOMENDACIONES PARA ARL

15. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

S/S: Seguir recomendaciones auditivas especiales.

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

Firma y cédula del examinado

C.C. 88'220.537.

Nombre, firma y registro del Profesional
Registro 3239-08 S.S.S.



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA OCUPACIONAL

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

Empresa: **PARTICULAR** Ciudad: **ARAUCA** ID **88220537**

Pre-Ingreso **X** Retiro **-** Pre - Ingreso **-**
Periódico **-** Post- incapacidad **-** Particular **-**
Re - integro **-** Cambio de cargo **-**

Fecha:

D M A
18/01/2020

1. IDENTIFICACIÓN



Nombres y Apellidos: **HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA**

Sexo: F - M **X** Fecha de nacimiento: **05/05/1976** Edad: **43** años

Lugar de nacimiento: **CUCUTA** Escolaridad: **PROFESIONAL**

Estado civil: **U.LIBRE** Profesión: **ADM. DE EMPRESAS**

Cargo: **INSTRUCTOR DE IDIOMAS** Fecha de ingreso: **18/01/2020**

Funciones principales: **ENSEÑAR**

A.R.L.(Riesgos) **POSITIVA** Celular **3143200397**

E.P.S.(Salud) **NUEVA EPS** A.F.P.(Pensiones) **PORVENIR**

2. HISTORIA OCUPACIONAL

Factor de Riesgo	T.exposici		Factor de Riesgo	T.exposici		Factor de Riesgo	T.exposición/h		Factor de Riesgo	T.exposición	
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Físico	Calor		Meca Químico	Neblinas		FO	Incendio		Locativ Biolog	Animales	
	Frio			Humos			Explosión			Microorganismos	
	Alta			Polvos			Pantalla PC			Fluido corp.	
	Baja			Líquidos			Televisor			Orden y aseo	
	Presión			Gases/vapores			Tablet			Elementos cortantes	
	Rad. No			Caidas			Celular			Telarañas	
	Rad. ioniz.			Herra. Manual			Corr. Eléct. Dir.			Otros	
	Vibración			Máquinas			Corr. Eléct. Ind.			Cual	
	Otros			Proyecciones			Carga Estática			Uso	
	Uso de Elementos de Protección Personal	SI			NO		Ocasional				
Uso de lentes	SI		OD						Estado		
formulados	NO		OI						Uso		

3. HISTORIA FAMILIAR

Patología	No	Si	Parentesco	Patología	No	Si	Parentesco
Diabetes				Reumatológicos			
Cardiovascular				Neurológicos			
HTA				Tiroideos			

4. HISTORIA PERSONAL

OCULARES	No	Si	Describir	Metaból.	No	Si	Describir
Glaucoma				HTA			
Qx				Diabetes			
Desviaciones				Enf. Tiroideas			

Aclaración de la historia personal: **Indicados año. pt. como!**

5. ANEXOS OCULARES

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Sara. Bauca. Hipermetropía. Cora. Cole-óculo. Transparente	Sara. Bauca. Hipermetropía. Cora. Cole-óculo. Transparente
CORNEA	
ESCLERA	
CONJUNTIVA	
PARPADO	
IRIS	
CRISTALINO	



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

CÓDIGO:

VERSIÓN

FECHA

6. VALORACION GENERAL

Visiometría			Movimientos Oculares	Campo visual Confrontacion				Percepcion del color	vision en Profundidad	
Snellen	OD	OI		AO	T	N	S			I
Lejana	20/20	20/20	20/20	Completos	8	15	60	65	sin alteracion	401
Cercana	05	05	05							
SUBJETIVO: 10505pr no up										

7. DIAGNÓSTICOS

Dx Refractivo	Hipermetropia	☒	Miopia	☐	Astigmatismo	☐	Presbicie	☐	Emetrope	☐
Dx Motor	Sin Alteracion	☒	Con alteracion	☐	Otro	☐				
Dx sensorial	Sin Alteracion	☒	Con alteracion	☐	Otro	☐				
Dx patologico: ojo rojo leve no										

8. RECOMENDACIONES

TIPO DE LENTES	Lx claro	Lx oscuro	Lx espejado	Careta	Lx Rx	Lx laser	Filtros
					☒		AP

9. CONCEPTO MEDICO

DESCRIPCION	Observaciones
Condiciones adecuadas para desempeñar el cargo	✓ AP para PC
Con recomendaciones para desempeñar el cargo	
Con restricciones para el cargo	
Aplazado	
Condiciones inadecuadas para desempeñar el cargo	
Condiciones adecuadas para trabajos en alturas	
Condiciones adecuadas manejo de cargas	
Condiciones adecuada espacios confinados	
Condiciones adecuada manipulacion de quimicos	
Requiere reubicación: SI NO	RECOMENDACIONES

10. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

NORMAL	ANORMAL	REMISION	NO	SI	EPS	ARL
Apto para alturas	SI	NO	Recomendaciones			
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI	NO	OBS			

11. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

NORMAL	ANORMAL	REMISION	NO	SI	EPS	ARL
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI	NO	OBS			

12. RECOMENDACIONES PARA EPS

NA

13. RECOMENDACIONES PARA ARL

NA

14. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Control Semestral

Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud.

Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

Firma y cédula del examinado

Nombre, firma y registro del Profesional



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

**RESULTADOS TEST DE VISION AL COLOR
(ISHIHARA DE 38 LAMINAS)**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

NOMBRE
DOCUMENTO
EMPRESA
FECHA

HUGO CORZO

88220537
PARTICULAR
18/01/2020

Plato	Tipo	Responder	Correcto	Correcto / débil	Incorrecto
01	número	12	12	12	correcto
02	número	8	8	3	correcto
03	número	6 6	6 6	5 5	correcto
04	número	29	29	70	correcto

05	número	57	57	35	correcto
06	número	5 5	5 5	2	correcto
07	número	3	3	5 5	correcto
08	número	15	15	17	correcto
09	número	74	74	21	correcto

10	número	2	2	-	correcto
11	número	6 6	6 6	-	correcto
12	número	97	97	-	correcto
13	número	45	45	-	correcto
14	número	5 5	5 5	-	correcto
15	número	7 7	7 7	-	correcto

dieciséis	número	dieciséis	dieciséis	-	correcto
17	número	73	73	-	correcto
18 años	número	-	-	5 5	correcto
19	número	-	-	2	correcto
20	número	-	-	45	correcto

Elaborado por:

AREA DE OPTOMETRIA

Revisado por:

LUIS FERNANDO MORENO

Aprobado por:

GERENCIA

Documento constitutivo del Sistema de Gestión de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento.



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

**RESULTADOS TEST DE VISION AL COLOR
(ISHIHARA DE 38 LAMINAS)**

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

21	número	-	-	73	correcto
22	número	26	26	2 o 6	correcto
23	número	42	42	4 o 2	correcto
24	número	35	35	3 o 5	correcto
25	número	96	96	9 o 6	correcto
26	línea	2	2	1	correcto

27	línea	2	2	1	correcto
28	línea	0 0	0 0	1	correcto
29	línea	0 0	0 0	1	correcto
30	línea	1	1	-	correcto
31	línea	1	1	-	correcto
32	línea	1	1	-	correcto

33	línea	1	1	-	correcto
34	línea	1	1	-	correcto
35	línea	1	1	-	correcto
36	línea	1	1	-	correcto
37	línea	1	1	-	correcto
38	línea	1	1	1	correcto

Según esta prueba, no eres *daltónico rojo-verde*.

ninguno

débil

moderado

fuerte

Introducción

Prueba de Ishihara

Resultado de la prueba

Paciente sin alteración al color

Dana L. Ayala

Optómetra

41541707 TP

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Elaborado por:

AREA DE OPTOMETRIA

Revisado por:

LUIS FERNANDO MORENO

Aprobado por:

GERENCIA

Documento constitutivo del Sistema de Gestión de la Calidad Prohibida su reproducción total o Parcial sin previo consentimiento.



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

LABORATORIO CLÍNICO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

FECHA:

Empresa:

PARTICULAR

Ciudad:

ARAUCA

ID

88220537

Pre-Ingreso

X

Retiro

-

Pre - Ingreso

-

Fecha:

D

M

A

Periódico

-

Post- incapacidad

-

Particular

-

Re - integro

-

Cambio de cargo

-

18/01/2020

ENTREGA DE
RESULTADOS

36

1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos:

HUGO JOSE GREGORIO CORZO LEYVA

Sexo:

-

M

X

Fecha de naciement

05/05/1976

Edad

43

años

Lugar de nacimiento:

CUCUTA

Escolaridad:

PROFESIONAL

Estado civil:

U.LIBRE

Profesión:

ADM. DE EMPRESAS

Cargo:

INSTRUCTOR DE IDIOMAS

Fecha de ingreso:

18/01/2020

Funciones principales:

ENSEÑAR

A.R.L.(Riesgos)

POSITIVA

Celular

3143200397

E.P.S.(Salud)

NUEVA EPS

A.F.P.(Pensiones)

PORVENIR

PARAMETRO	RESULT	VR REFERENCIA
HEMATOCRITO		36 - 60 %
HEMOGLOBINA		12 a 18 g/dl
LEUCOCITOS		5000 - 10000
NEUTROFILOS		50 - 68 %
LINFOCITOS		20 - 40 %
EOSINOFILOS		1 - 3 %
MONOCITOS		3 - 10 %
BASOFILOS		0 - 1 %
CAYADOS		0 - 5
VCM		0 - 20 mg/dl
PLAQUETAS		150-450 mil mm3

CUADRO HEMATICO

QUIMICA SANGUINEA

PARAMETRO	RESULT	VR REF
GLICEMIA mg/dl	90	70-100
GLICEMIA POST CARGA		
COLESTEROLTOTAL mg/ dl	144	Hasta 200
COLESTEROL HDL mg/dl	36	30-80
COLESTEROL LDL mg/dl	65	Hasta 150
TRIGLICERIDOS mg/dl	215	60-150
CREATININA mg/dl		0,5- 1,2
ACIDO URICO mg/dl		2,5 - 7,7
BILIRRUBINA TOTAL		Hasta 1,0
BIL. DIRECTA		Hasta 0,25
BIL. INDIRECTA		Hasta 0,75
BUN		8,5-20
AST		0-38 U/l
ALT		0-41 U/l

IMMUNOLOGIA

SEROLOGÍA II

PARAMETROS	RESULTADOS	PARAMETROS	RESULTADOS	PARAMETRO
COCAINA		COLOR		COLOR
ANFETAMINAS		CONSISTENCIA		ASPECTO
MARIHUANA		PH		PH
MORFINA		SANGRE OCULTA		DENSIDAD
BENZODIAZEPINAS		AZUCARES REDUCTORES		NITRITOS
		SANGRE		SANGRE
		GRASA		PROTEINAS
		ALMIDON		GLUCOSA
		BLASTOCONIDIAS		UROBILINOGENO
		FLORA BACTERIANA		BILIRRUBINA
		LEUCOCITOS		C. CETONICOS
		HEMATIES		LEUCOCITOS
		MOCO		
		PASARITOS		SEDIMENTO
				CLS EPITELIALES
		QUISTES		LEUCOCITOS
		Blastocystis sp		HEMATIES
		E histolytica/dispar		MOCO
				BACTERIAS
				CRISTALES
				BLASTOCONIDIAS

FROTIS DE GARGANTA

PMN

BACIOS g(+)

PARAMETRO RESULTADOS

K (OH)

HEMOCLASIFICACION

GRUPO SANG

FACTOR RH

FECHA DE RECEPCIÓN:

Nombre:

C.C. 88.220.537

Cordialmente
Jessenia Cedeno P.
Bacterióloga y LAB. Clínica
Tarjeta Profi 02231

JESSENIA CEDENO

Bacterióloga y laboratorista clinica
Centro de Especialidades Medicas



Centro de
Especialidades
Médicas S.A.S

SOLICITUD DEL SERVICIO SALUD OCUPACIONAL

CÓDIGO: PS-RS-F03

VERSIÓN: 3

FECHA: 16/11/2019

Página 1 de 2

Nombres y apellidos HUGO JOSÉ GREGORIO CORIO LEYVA Fecha: 18-ene-2020
Documento CC ☒ TI ☐ CE PT 88-220-537 Género M ☒ F ☐
Dirección Crra. 13 # 22-20 Américas Tel: _____
EPS NUCCA EPS ARL FORVICH POSHIVA Empresa SENA RH: 0+

TIPO DE EVALUACIÓN

Ingreso ☒ Pre - Ingreso ☐ Re - integro ☐ Periódico ☐ Post-incapacidad ☐
Retiro ☐ Particular ☐ ARL ☐ Cambio de cargo ☐ Otro: ¿Cuál? _____

EN CASO DE PRESENTARSE UNA EMERGENCIA AVISAR A:

Nombre: Floralba Leyva Teléfono 350 2189563

Para la valoración de los exámenes medico ocupacionales usted debe conocer y firmar este documento o no será admitido

DERECHOS DE LOS PACIENTES

- A presentar la evaluación requerida sin discriminación por motivos de sexo, origen social, edad, raza, religión, opiniones políticas, idioma, etc.
- A elegir libremente la entidad prestadora del servicio dentro del país y a sus médicos y profesionales.
- A disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas o culturales que garanticen la obtención de la información necesaria respecto a los procedimientos a realizar y en caso de minoría de edad a que sus familiares o representantes consientan o rechacen estos procedimientos.
- A un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como a opiniones personales sobre sus resultados
- A que todos los informes de la historia clínica sean tratados confidencialmente y que solo con autorización sean conocidos.
- A revisar y pedir explicaciones sobre los costos de los servicios prestados.
- A apelar la decisión tomada por la IPS
- A quejarse ante situaciones que considere de índole personal y vulnere sus condiciones como candidato.
- A un trato imparcial dentro de la IPS
- A que la decisión del proceso sea tomada con base a la información recolectada en las diferentes pruebas y basados en las normatividades vigentes.

DEBERES DE LOS PACIENTES

- Colaborar con el cumplimiento de normas e instrucciones de la IPS.
- Tratar con dignidad y respeto a las personas que lo atienden y demás personas que se encuentren dentro de las instalaciones.
- Respetar la intimidad de los demás.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y servicios de la IPS.
- Informar de forma oportuna los hechos dolosos que perciba durante su permanencia en la IPS.
- Dar información clara, veraz y oportuna en cuanto a su estado de salud y hechos o situaciones causantes del deterioro que presente.
- Expresar por escrito su voluntad en caso de no aceptar los resultados de las pruebas realizadas para obtener su certificado médico.
- Utilizar los servicios de atención al usuario y calidad del servicio para quejas y apelaciones.
- Acatar los criterios de ingreso y egreso.
- Cancelar de forma oportuna el pago de los servicios.
- No utilizar la certificación obtenida con fines engañosos o fraudulentos.
- No utilizar el nombre de la Institución con fines engañosos o que puedan desprestigiar la IPS si la certificación obtenida es suspendida o retenida.
- Durante todas las pruebas el aspirante debe actuar en total apego a la verdad en la información suministrada a los profesionales de la salud.

CONDICIONES PARA INGRESAR AL PROCESO DE CERTIFICACION

1. No presentarse bajo efectos del alcohol o sustancias alucinógenas.
2. Si está bajo tratamiento médico que involucre medicación fuerte, presentarse cuando los efectos no influyan en condiciones tales como atención y concentración.
3. Si presenta condiciones Psicológicas considerables, por ejemplo: (duelo, estrés), considere presentar el examen en otro día en el cual los efectos mencionados anteriormente no afecten las condiciones requeridas para cursar el proceso de certificación
4. Si no está en condiciones físicas adecuadas considere replantear la fecha del examen (Gripa, trasnocho)
5. Asegúrese de presentarse al proceso de valoración con suficiente disponibilidad de tiempo, de manera que no afecte

 <p>Centro de Especialidades Médicas S.A.S</p>	<p>SOLICITUD DEL SERVICIO SALUD OCUPACIONAL</p>	CÓDIGO:	PS-RS-F03
		VERSIÓN:	3
		FECHA:	16/11/2019
		Página 2 de 2	

- las condiciones para presentar las pruebas dentro del proceso de valoración.
6. Conocer las condiciones para ingresar al proceso de valoración, derechos obligaciones en caso de optar la valoración.
 7. Presentar su documento de identidad (CC original, TI, Contraseña sellada por la Registraduría, o pasaporte)
 8. Registros de sus datos personales y permitir la identificación Biométrica de huellas dactilares y la toma de la fotografía.
 9. Ser mayor de 18 años. Si usa lentes, audífonos, o prótesis de algún tipo debe usarlos durante el desarrollo de las Pruebas e informar previamente el uso de las mismas

PACIENTES REMITIDOS

En caso de solicitarse pruebas adicionales como apoyo para el diagnóstico tiene un plazo máximo de 8 días para presentarlos, sin generar costo adicional. pasado este plazo, tendrá que someterse nuevamente al proceso y cancelar el costo de un nuevo examen.

Bajo la gravedad de juramento declaro a la IPS que la información suministrada es en apego a la estricta verdad, que escogí libremente el lugar para hacer el examen, dando cumplimiento a las exigencias vigentes del ministerio de salud y protección social y que independiente del resultado obtenido en ningún caso la IPS tiene la obligación a la devolución del dinero.

ACEPTO CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES PERTINENTES DEL ESQUEMA DE VALORACIÓN.

- Declaro que he participado en el proceso de valoración médico ocupacional, siendo examinado por cada uno de los profesionales; quienes me han informado los resultados, recomendaciones, restricciones y limitaciones generadas del examen practicado.
- Autorizo que la información de la historia clínica y mis datos personales, confidenciales y sensibles, sean mantenidos, procesados, examinados, verificados y custodiados por CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS SAS; por el sistema de control y vigilancia y/o sistema integrado de seguridad y sus integrantes o participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que una vez finalizado el proceso de exámenes médicos ocupacionales, fui informado por parte del médico de CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS S.A.S. de los resultados del mismo y de mi estado de salud actual, quien dio respuesta comprensible a las preguntas formuladas de mi parte.

A su vez autorizó al Centro de Especialidades Médicas S.A.S. para realizar el envío de mi historia clínica o resultado de exámenes realizados en la presente fecha, al siguiente correo electrónico:

Profesor hugo2008@gmail.com

"Normas para el Manejo de Historias Clínicas"

Ley 23 de 1981 (Art. 34) - Resolución 1995 de 1999 (Art. 1) : La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" Sentencia T-158 A de 2008 : Corte Constitucional: Para pacientes fallecidos, así como del que no se encuentre en condiciones de autorizar a sus familiares por su estado de salud mental o físico, la historia clínica solo puede ser conocida por familiares de primer grado de consanguinidad, cumpliendo con los requisitos establecidos por la ley.

FIRMA

H. Carrazo

HUELLA



Nro.
Documento
de
Identidad

88.220.537