SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **22/05/2024**

Doc. Identidad **CC 1082998280** Nombre **CHARLOTH JINOVHET LUCERO ABDO** Fecha Nacimiento. **26/04/1995**
Entidad **PARTICULAR** Edad **29 años** Ocupación **MEDICO GENERAL**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa EXAMEN FISICO 35000 Cargo MEDICO GENERAL Antiguedad del cargo
Fondo de Pensión COLPENSIONES EPS Salud Total S.A. ARL ARL- SURA

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 AÑO** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL ( ) VP ( ) PC (X) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO ( ) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular (X) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/30	0.5 M
OI				20/30	0.5 M
AO				20/30	0.5 M

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHOFORICO** VP: HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC: **8 CM**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40 SEG DE	NORMAL
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40 SEG DE	NORMAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

AME AMETROPE
EME EMETROPE

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
NO TRAJO LENTES.

CARMEN MABEL GRANDA RODRIGUEZ
OPTOMETRA
TP: 2189
RM: 03458

SOLAB SAS
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/05/2024 09:09:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CHARLOTH JINOVHET LUCERO ABDO**

Cargo **MEDICO GENERAL** Doc. Identidad **CC 1082998280**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 ESPIROMETRIA
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
Sin restricciones para el cargo	(X)	( )
Con restricciones para el cargo	( )	( )
Requiere recomendaciones especificas para el cargo	( )	( )
Aplazado	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para manipulación de alimentos	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	( )	( )
Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	( )	( )
Requiere recomendaciones especificas	( )	( )
Requiere reubicación laboral	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para manipulación de alimentos	( )	( )
Apto para conducir	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Enfermedad laboral	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (X)	NO ( )	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI (X)	NO ( )

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HÁBITOS SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR.

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA DE SU EPS.

NOTAS: DEBE CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DISEÑADO POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19.

DR CARLOS BARRERA PARRA
R.M.1082984804 -LIC. SST 0957
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Trabajador: CHARLOTH JINOVHET LUCERO
CC: 1082998280
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



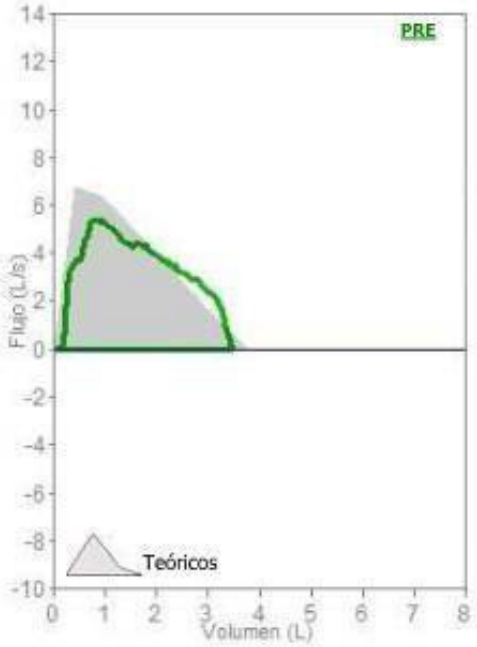
Captura Biometrica

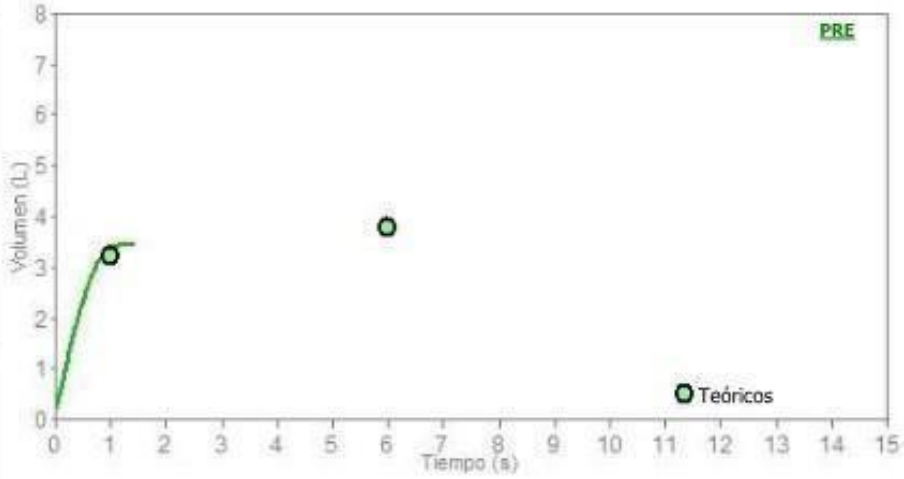
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Fecha de visita 22/05/2024

Cód. paciente	1082998280	Edad	28
Apellido	LUCERO ABDO	Género	Femenino
Nom.	CHARLOTH JINOVI	Altura, cm	168
Fecha de nacimier	26/11/1995	Peso:, kg	64
Grupo étnico	Caucásico	BMI	22,68
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			

FVC PRE FEV1 PRE FEV1% PRE





Grado de control de calidad: F
0 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 22/05/2024 9:44:33 a. m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	3,00	3.79	3,47*	92	-0.66	3,47			*		
FEV1	L	2,58	3.22	3,38*	105	0.40	3,38			*		
FEV1/FVC	%	73,4	85.1	97,4*	114	1.75	97,4			*		
PEF	L/s	4,16	6.80	5,41*	80	-0.86	5,41			*		
ELA	años		28	28	100		28					
FEF2575	L/s	2,36	3.77	4,11	109	0.40	4,11					
FET	s		6.00	1,40	23		1,40					
FIVC	L	3,00	3.79									
FEV1/VC	%	73,4	85.1									

*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,097 24 °C (75,2 °F) - Teóricos Knudson

Informe médico

Firma

Instrumento usado
Spirobank II new S/N Y18390

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o complementarios, a partir de la información recibida. Certifico que la información que he suministrado, es verdadera, completa y no he omitido información sobre mi estado de salud, acepto el manejo de confidencialidad que SOLAB S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la empresa y la realización de estudios de investigación con fines científicos (Ley 1581 de 2012), suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo - SG-SST.

NOTA ACLARATORIA

*Este certificado no es válido para trámites de licencia de conducción