Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	SANDRA PATRICIA CRUZ VARGAS
Tipo de Documento:	CC **Documento** 52286866
Sexo F **F. Nacimiento:**	13/05/1976 **Edad:** 42 Años
Entidad:	PARTICULAR/SUR
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha de Atencion:	2018-12-05
Fecha y Hora entrega resultados:	05/12/2018 11.33 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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 halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JULIE PAULINE ZAPATA RM: SO1010

Dra. Julie Pauline Zapata V.
Medico ESO
Universidad del Rosario
Reg. SO1010

Firma y sello del Médico Evaluador

Sandra P C V

SANDRA PATRICIA CRUZ VARGAS
C.C 52286866
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

ISO 9001:2008
BUREAU VERITAS
Certification
CO15.30015

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **10/01/2019**

Doc. Identidad **CC 52286866** Nombre **SANDRA PATRICIA CRUZ VARGAS** Fecha Nacimiento. **13/05/1976**

Entidad **PARTICULAR** Edad **42 años** Ocupación **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa PARTICULAR Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn EPS FAMISANAR ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **1 VEZ** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI (X) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares **NO REFIERE**

AGUDEZA VISUAL

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

LENSOMETRIA

	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: **SANO**		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **CWENTRADO**

Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC: **NORMAL**

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
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 ( )	**NORMAL**	**NORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMA,L**

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

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

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría ( )

Otras: NO NECESITA LENTES Y CONTROL ANUAL

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EV DE LA VISION SIN SIGNOS APARENTES NO LENETS

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

OBSERVACIONES

NO NECESITA LENTES Y CONTROL ANUAL

JOHN JAIRO BAQUERO CASTRO
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL
CC: 80054593 RM: 3195 LOC11096