DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Subred de Salud del Sur				
Dir :		Nit :		
Fecha : Agosto 15/2019	Cargo: Auxiliar de Enfermería			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos Echeverría Pico'n	Nombres Danna Camila		
ID: 1013.663.792	Tel: 319 534 5472	Sexo F.	Edad 23
Ocupación : aux. enfermería.		Diestro Si	Zurdo

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional Si	Visiometría Si	Audiometría —
Radiografía —	Electrocardiograma —	Espirometría —
Glicemia —	Colesterol , —	Triglicéridos —
Otros		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones —	Puede continuar su labor —
Apto con restricciones que no limitan su labor —	Puede continuar con reubicación laboral —
Apto para el cargo Si	Examen de retiro satisfactorio —
Aplazado por restricciones —	Examen de retiro con patología —
Apto para trabajo en alturas. No	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales: No presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por: —
Hacer pausas activas. Si	Reubicación laboral temporal. —
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. Si	Rehabilitación ocupacional. —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 1073663792

CAMILA E

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 1- 2.019

ANEXO OSTEOMUSCULAR	Dia 15	Mes Agosto	Año 2019	Ciudad Bogotá
	TIPO DE EXAMEN	Ingreso X	Periódico —	Retiro —

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

NOMBRE DEL TRABAJADOR

Apellidos	Nombres
Echeverría Picón	Danna Camila
ID: 1013.663.792	Sexo: Femenino / Edad: 23 Años

PERFIL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL (No aplica para examen de Ingreso)

riesgo ergonómico en el cargo

Manipulación de cargas	Horas de trabajo por jornada
Esfuerzos más frecuentes	Usa ayudas mecánicas?
Movimientos repetitivos?	Postura habitual
Distancia que camina por día	Herramientas que usa
Manipula objetos pesados?	Qué peso máximo levanta?

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA			REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC.	SÍNTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cervicalgia		✓	
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Dorsalgia		✓	
Codo	✓	✓		✓	✓		Lumbalgia		✓	
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Artralgia		✓	
Rodilla	✓	✓		✓	✓		Tendinitis		✓	
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Amputaciones		✓	

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis?	Escoliosis?	Lordosis?	Flexión	Cuello
	No	No	No	Normal	Normal

SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	Normal
Biceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T.Carpo)	
Triceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T.Carpo)	
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	Normal
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones (L5S1)	✓		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO. Lesiones laborales óseas o musculares .?

Limitaciones:	No
Malformaciones	No
Secuelas:	No

RECOMENDACIONES.

Dr. Gustavo Contreras Salamanca
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O: 15006 de 2.015 Secretaria Distrital de Salud

C.C: 1013663792

Bogotá Trabajador Examinado
Bogotá, Carrera 21 Nº 25 – 16 Sur. Tel 2391845

NIT. 1023878700-0
Carrera 21 No. 25-24 sur • Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tel.: 445 7557 •Celular: 313 8891028 - 311 5633431
Email: opticavisualcare@hotmail.es

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Nombres y Apellidos: Danna Camila Echeverria Rivon			Identificación: cc X 1013663792
Sexo F X M	Edad 23 años	Empresa Sobred sor.	Fecha 15 08 19
EPS Sanitas		ARP	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Danna Camila Echeverria, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud. (Aplica Resolución 1995 H.C. ÓPTICA VISUAL CARE).

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación	Tiempo en este Oficio	Exigencia Visual de Oficio
Aux de Enfermerra.	4 años	Visión Lejana (20/20) Visión Próxima (20/20)

¿Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos? SI X NO

¿Por qué?

¿Utiliza alguna protección? SI X NO ¿Cuál? Bx en uso

Oficios anteriores 1. Tiempo 2. Tiempo

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Fecha último examen de Visiometria	Tiene lentes formulados	Último cambio	Utiliza la corrección actualmente
6 meses	SI X NO	0 meses	SI X NO

Tipo de Lentes: Progresivos Bifocales Monofocales X Lentes de contacto 2 pares de RX

Forma de uso: Permanentes Ocasionales X V. Lejana V. Próxima | Síntomas SI NO X ¿Cuál?

Exámen Externo	Exámen Motor	Oftalmoscopia
OD: normal OI: normal	Normal X Anormal	ODI Normal X Anormal

Agudeza Visual	V. Próxima	PH	Con corrección
OD 20/20 OI 20/20	OD 050 OI 050	OD OI	OD OI

V Cromática Normal X Anormal Test de esteropsis 2" Segundos de arcos

IDX Emetrope	Uso de RX SI X NO	Interpretación: Paciente joven en Vision
Observaciones: Uso de Rx para vision Prolongada.		

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual SI NO	Uso de Protección Visual SI X NO	Remisión a la EPS SI NO X

Dra. Carolina Chaparro Martinez
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION 3748 4 JUNIO 2019
FIRMA OPTOMETRA

CANIVAE
1013663792
FIRMA DEL PACIENTE