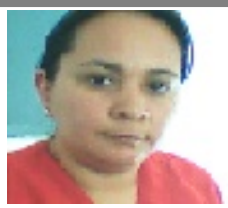
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FELAIFEL IPS
SERVICIOS DE SALUD Y PREVENCIÓN



ASESORIAS INTEGRALES Y CAPACITACION EN SGI
NIT: 901047739-5

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 34659843-29634

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/09/2023 - VILLAVICENCIO - META	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LOURDES LISBETH CAICEDO CAMPO	**Identificación:**	34659843
Género	FEMENINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3104478105
Fecha Nacimiento:	11/02/1981	**Cargo:**	COORDINADOR SST
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	COJUNTO LA ESPERANZA CS 3A APIAY	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	CIRCUNDUCCION, CALISTENIA, ERGONOMIA DE HOMBROS, CODOS, MUÑECAS, COLUMNA Y RODILLAS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verí-dicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS , que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

Dr. Alexander Gomez Hernandez
Medico Cirujano
Especialista en salud Ocupacional
RM 74372550 Res. 4055/17

ALEXANDER GOMEZ HERNANDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

LOURDES LISBETH CAICEDO CAMPO 34659843
Firma y cédula del Paciente

RES 4055/17 74372550

EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS

Código del Prestador: 5000101385 **No. Identificación:** 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Teléfono: 6849725
Web: http://www.equividasaludocupacional.com/
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: **2024/01/21 19:32:22**
Impreso por: **LOURDES LISBETH CAICEDO CAMPO**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 34659843**	Nro Historia:	**34659843**
Paciente:	**CAICEDO CAMPO LOURDES LISBETH**	Nro Ingreso:	**2023101702016**
Fecha Nac:	**1981/02/11**	Fecha Atención:	**2023-10-17 06:47:50.000**
Dirección:	**APIAY**	Tipo Evaluación:	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**
Edad:	**42 años**	Enfasis:	**OSTEOMUSCULAR**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**LIDER DE REHABILITACION**		

Motivos

Motivo Consulta:

EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS LIDER DE REHABILITACION EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Enfermedad Actual:

ASINTOMATICA NIEGA ATEL NIEGA ENFERMEDAD LABORAL

Antecedentes - Familiares

PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS		PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS	
			☑	**Hipertensión Arterial**					**Glaucoma**
				Enfermedad coronaria / infarto agudo de miocardio					**Sindrome Convulsivo**
				Enfermedad cerebrovascular					**Tuberculosis**
				Alergías					**Asma Bronquial**
			☑	**Diábetes**					**Obesidad**
				Artritis					**Trastornos Metabolicos**
				Psiquiatricos					**Enfermedades Gastrointestinales**
				Cancer					**Trastornos Geneticos**
				Hipotiroidismo					**Enfermedades Autoinmunes**
				Perdida Auditiva					**Homicidio**
									Suicidio

Observaciones

NINGUNA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica: Fisicamente Activo (a)

Atletismo	No Practica	NO REFIERE
Natacion	No Practica	NO REFIERE
Fútbol	No Practica	NO REFIERE
Ciclismo	No Practica	NO REFIERE
Motociclismo	No Practica	NO REFIERE
Baloncesto	No Practica	NO REFIERE

Otro CAMINATA

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE

Otros habitos: NO REFIERE

Servicio Militar: No — NO REFIERE

Otros Extralaborales: NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

Alcoholismo

- [ ] Ha sentido usted que debe beber menos?
- [ ] Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez se ha sentido mal por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Nivel de Consumol: No Consume

Observaciones: NO REFIERE

Indice de Consumo de Drogas

Consume o ha consumido sustancias Psicoactivas: No — NO REFIERE

Consume o ha consumido sustancias Alucinógenas: No — NO REFIERE

Neurologico

Epilepsia	No	NO REFIERE	Cefalea / Migraña	No	NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No	NO REFIERE	Masas Cerebrales	No	NO REFIERE
Parkinson	No	NO REFIERE	Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
			Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Sinusitis	No	NO REFIERE	Otitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE	Otorrea	No	NO REFIERE
Vertigo	No	NO REFIERE	Otorragia	No	NO REFIERE
Acufenos	No	NO REFIERE	Prurito	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Glaucoma	No	NO REFIERE	Tinnitus	No	NO REFIERE
Cataratas	No	NO REFIERE	Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE
Pterigio	No	NO REFIERE	Trauma Directo de Oido	No	NO REFIERE
Trauma Ocular	No	NO REFIERE	Otros Traumaticos de Oido	NO REFIERE	
Patologia Visual	No	NO REFIERE	Organos De los Sentidos	NO REFIERE	
Rinitis	No	NO REFIERE	Sintomas de Oido	No	NO REFIERE
			Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
			Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

Alergias	Si	ALERGIA AL TRAMADOL	Cancer	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	Otro	NO REFIERE	

Cardiovascular y Respiratorio

Infartos	No	NO REFIERE	Enf. Pulmonar Obstructiva Cronica	No	NO REFIERE
Valvulopatias	No	NO REFIERE	Hipertension Pulmonar	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE	Asma	No	NO REFIERE
Soplo Cardiaco	No	NO REFIERE	Bronquitis	No	NO REFIERE
Arritmia Cardiaca	No	NO REFIERE	Neumonia	No	NO REFIERE
			Silicosis	No	NO REFIERE
Cardiopatias	No	NO REFIERE	Sindrome de Apnea del Sueño	No	NO REFIERE
Antecedente Cerebro Vascular	No	NO REFIERE	Trombosis	No	NO REFIERE
Otros	NO REFIERE				

Gastro Intestinal

Reflujo Gastroesofagico	No	NO REFIERE	Estreñimiento	No	NO REFIERE
Enfermedad Acido Peptica	No	NO REFIERE	Hemorroides	No	NO REFIERE
Ulcera Gastrica	No	NO REFIERE	Sindrome Hiperemetico	No	NO REFIERE
Sindrome Colon Irritable	No	NO REFIERE	Calculos Vesicula	No	NO REFIERE
Hernias	No	NO REFIERE	otros	NO REFIERE	

Endocrino y Metabolico

Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE	Alteracion de Glicemia	No	NO REFIERE
Colesterol Elevado	No	NO REFIERE	Otros Patologicos	NO REFIERE	

Genito Urinario

Calculos Renales	No	NO REFIERE
Enfermedad Prostatica	No	NO REFIERE
Varicocele	No	NO REFIERE
Infeccion Vias Urinarias	No	NO REFIERE
Pielonefritis	No	NO REFIERE
Reflujo Vesico Uretral	No	NO REFIERE
otros	NO REFIERE	

Gineco Obstetricos

Menarquia	12	Hijos Vivos	2
Ciclos	Regular	FUR	27 Septiembre 2023
		FUP	00 Sin Informacion Sin Informacion
Gestaciones	0	Planifica	No
Partos	0	Metodo de planificacion	NINGUNO
Abortos	1	Fecha ultima citologia	05 Abril 2023
Cesáreas	0	Tipo de resultado	NORMAL NO REFIERE
Mortinatos	0		
Observacion	1 ECTOPICO		

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE
Radiculopatia	No	SIN HALLAZGOS
Bursitis	No	NO REFIERE
Epicondilitis	No	SIN OBSERVACIONES
Artrosis	No	NO REFIERE
Escoliosis	No	NO REFIERE
Retracciones Musculares	No	NO REFIERE
Malformaciones	No	NO REFIERE
Discopatias	No	NO REFIERE
Fibromialgia	No	NO REFIERE

Cervicalgia	No	NO REFIERE
Lumbalgia	No	NO REFIERE
Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Hombro doloroso	No	NO REFIERE
Otro	NO REFIERE	

Autoinmunes

Artritis	No	NO REFIERE
Lupus - Eritematoso sistemico	No	NO REFIERE
Sindrome Sjogren	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Congenitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

Hepatitis	No	NO REFIERE
Dengue	No	NO REFIERE
Malaria	No	NO REFIERE
Fiebre Amarilla	No	NO REFIERE
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE

Otras NO REFIERE

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	No	NO REFIERE
Cirugia de Torax	No	NO REFIERE
Cirugia de Extremidades	No	NO REFIERE
Cirugia de Piel	No	NO REFIERE
Cirugia de Tiroides	No	NO REFIERE

Otros Quirurgicos NO REFIERE

Antecedentes Farmacológicos

Medicamentos Ototoxicos:	No	NO REFIERE
Fármacos:	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales:	No	NO REFIERE

Observaciones: NO REFIERE

Enfermedad de Transmision Sexual

VIH	No	NO REFIERE
VPH	No	NO REFIERE
Sifilis	No	NO REFIERE
Blenorragia	No	NO REFIERE

otros NO REFIERE

Dermatologicos

Nevus	No	NO REFIERE
Micosis	No	NO REFIERE
Xerodermia	No	NO REFIERE
Dermatitis Atopica	No	NO REFIERE
Dermatitis de Contacto	No	NO REFIERE
Quemaduras	No	NO REFIERE

Otros NO REFIERE

Transfusiones

Descripcion NO REFIERE

Psiquiatricos

Hipocondriasis	No	NO REFIERE
Transtornos Depresivos	No	NO REFIERE
Histeria	No	NO REFIERE
Paranoia	No	NO REFIERE
Desviacion Psicopatica	No	NO REFIERE
Psicastenia	No	NO REFIERE
Esquizofrenia y otros Transtornos Psicoticos	No	NO REFIERE
Hipomania	No	NO REFIERE
Transtornos de Ansiedad	No	NO REFIERE
Trastornos amnesicos y/o cognoscitivos	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Inmunizaciones

#	Tipo de Vacuna	Fecha	Dosis	Fabricante	Esquema	Observaciones

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

NO REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Laboral

NO REFIERE ENFERMEDAD LABORAL

Revision por Sistemas

Sintomas Constitucionales	NO REFIERE	Sintomas Neurologicos	NO REFIERE
Sintomas Respiratorios	NO REFIERE	Sintomas Cardio Vasculares	NO REFIERE
Sintomas Gastro Intestinales	NO REFIERE	Sintomas Genito Urinarios	NO REFIERE
Sintomas Osteo Muscular	NO REFIERE	Sintomas Dermatologicos	NO REFIERE
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS		

Examen Fisico

Signos Vitales

Consulta es Virtual

Peso 78 [Kg]
Talla 1.55 [Mts]
IMC 32.47

Interpretacion: Obesidad I

Perimetro Abdominal 96 [cm]
Frecuencia Cardiaca 75 [X min]
Frecuencia Respiratoria 17 [X min]
Temperatura 36.2 °C
Oximetría Cutanea 97 %SpO2
Tension Arterial 120/80 [mmhg/hg]
Lateralidad Diestro

Aspecto General

Descripcion aspecto general BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas	Normal	SIN HALLAZGOS

Fondo de Ojo SIN HALLAZGOS

Oídos

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS

Otoscopia SIN HALLAZGOS

Observaciones Generales NINGUNA

Nariz

Tabique	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornetes	Normal	SIN HALLAZGOS
Narinas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosas	Normal	SIN HALLAZGOS

Boca

Labios	Normal	SIN HALLAZGOS
Dientes	Normal	SIN HALLAZGOS
Paladar	Normal	SIN HALLAZGOS
Lengua	Normal	SIN HALLAZGOS
Orofaringe	Normal	SIN HALLAZGOS

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	Lasegue / Bragard	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Genito Urinario

Genitales Externos NO EXAMINADO

Extremidades Inferiores

Cadera	Normal	SIN HALLAZGOS
Muslo	Normal	SIN HALLAZGOS
Rodilla	Normal	SIN HALLAZGOS
Piernas	Normal	SIN HALLAZGOS
Tobillo	Normal	SIN HALLAZGOS
Pies	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de los Pies	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

	Fuerza	Movilidad Articular
MMSS	Normal	Normal
MMII	Normal	Normal
Columna	Normal	Normal

Pruebas Semiologicas

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Examen Fisico

Cuello

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Hombro	Normal	SIN HALLAZGOS
Brazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Antebrazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Codo	Normal	SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal	SIN HALLAZGOS
Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Toráx

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Valoracion de mamas NO EXAMINADO

Abdomen

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Valoracion SIN HALLAZGOS

Muñeca

Signo de Tinel	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo de Phalen	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Lumbar

Hoover	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Lassegue	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Bragard	Negativo	SIN HALLAZGOS

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Miembro Inferior

Signo del Bostezo	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo del Cajon	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Mc Murray	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Neurologico

Componente Motor	Normal	SIN HALLAZGOS
Componente Sensitivo	Normal	SIN HALLAZGOS
Marcha	Normal	SIN HALLAZGOS
Coordinacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Reflejos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	20/40-	-
Ojo Izquierdo:	20/40-	-
Ambos Ojos:	20/40	-

Observaciones: NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	0.5M	-
Ojo Izquierdo:	0.5M	-
Ambos Ojos:	0.5M	-

Observaciones: NO REFIERE

Examen Fisico

Piel y Faneras

Piel	Normal	SIN HALLAZGOS
Uñas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosa	Normal	SIN HALLAZGOS
Observaciones	SIN HALLAZGOS	

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
MIOPIA
Observaciones al Diagnostico

Resultado de la Visiometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Psicología Ocupacional

Concepto de Psicologia
NO REALIZADO
Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
Descripción del GATI-SST

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Prueba Psicosensométrica

Concepto Prueba Psicosensométrica
Observaciones Generales

Resultado de Foniatria

Diagnostico Principal
NO REALIZADO
Observaciones Generales
NO REALIZADO
Recomendaciones
NO REALIZADO

Resultado de Laboratorio Clínico

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
VALOR DE REFERENCIA		mg/dl	70 - 120
METODO			Enzimático-Colorimetrico
TECNICA			Espectrofotometria
OBSERVACIONES	RESULTADO VALIDADO EN ANNARLAB		.
VALOR DE REFERENCIA 2		mg/dL	60-110 mg/dL

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
COLESTEROL TOTAL		mg/dl	Normal hasta 250
TRIGLICERIDOS		mg/dl	Normal hasta 150
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO		mg/dl	Normal de 35 a 45
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO		mg/dl	60 – 180
COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD VLDL		mg/dl	2,0-30,0
TÉCNICA			
REFERENCIA			
OBSERVACIONES			
COLESTEROL TOTAL		mg/dL	Evaluación del riesgo: Menor a 200 mg/dL: Normal 200-239 mg/dL : Moderado 240 o mas: Alto
TRIGLICERIDOS		mg/dL	Hombres: 40-160 mg/dL Mujeres: 35- 135 mg/dL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO		mg/dL	Riesgo menor: Hombres: >50 mg/dL Mujeres: >60 mg/dL Riesgo Normal: Hombres: 35-50 mg/dL Mujeres: 45-60 mg/dL Riesgo elevado: Hombres: <35 mg/dL Mujeres: <45 mg/dL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO		mg/dL	60 - 180 mg/dL
OBSERVACIONES	RESULTADO VALIDADO EN ANNARLAB		.

SEROLOGIA 2

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA			INMUNOCROMATOGRAFICA
OBSERVACIONES	RESULTADO VALIDADO EN ANNARLAB		.

Analisis del Resultados de Laboratorios : SIN OBSERVACIONES

Diagnostico

Diagnostico 1: OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Diagnostico 2: 0
Diagnostico 3: 0
Diagnostico 4: 0
Diagnostico 5: 0
Diagnostico 6: 0
Diagnostico 7: 0
Diagnostico 8: 0
Diagnostico 9: 0
Diagnostico 10: 0

Observaciones al Diagnostico: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ASINTOMATICA, SIN HALLAZGOS ANORMALES AL EXAMEN FISICO. LABORATORIOS DENTRO DE LÍMITE NORMAL. SE RECOMIENDA MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES Y REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA. USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

Conducta

- [ ] Control Cardiologia
- [ ] Control Nutricion
- [ ] Control Optometria
- [ ] Cirugia General
- [ ] Control Ortopedia
- [ ] Otros
- [ ] Control Otorrinolaringologia
- [ ] Dermatologia
- [ ] Ginecologia
- [ ] Fisiatria
- [ ] Laboratorios
- [ ] Medicina General
- [ ] Neumologia
- [ ] Oftalmologia
- [ ] Medicina Interna
- [ ] Valoración por Odontología

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Preventivas

- [ ] Osteomuscular
- [ ] Visual
- [ ] Alturas
- [ ] Biologico
- [ ] Manipulacion de Alimentos
- [ ] Quimico
- [ ] Cardiovascular y Metabolico
- [ ] Cuidado de la Voz
- [ ] Piel
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Respiratoria
- [ ] Temperaturas Extremas
- [ ] Auditiva

Incluir en el SVE

- [ ] Visual
- [ ] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Quimico
- [ ] Cardiovascular - Metabolico
- [ ] Psicosocial

Ocupacional - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [ ] Anual
- [ ] Confirmatoria

Recomendaciones para la empresa: NINGUNA

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍ

Observaciones al concepto: SE RECOMIENDA MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES Y REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA. USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, M.
HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

Limitaciones o restricciones:

Ninguna

NINGUNA

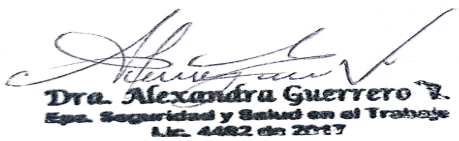
Concepto por Enfasis de Evaluación - **Osteomuscular**

1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Observaciones al Enfasis: OSTEOMUSCULAR NORMAL

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 informo 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 médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Nombre Profesional: NANCY ALEXANDRA GUERRERO VELASCO

Registro Profesional: 4492

Licencia Profesional: 4492

Nombre del Paciente: **LOURDES LISBETH CAICEDO CAMPO**

Identificacion del Paciente: **CC - 34659843**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS

"En equipo cuidamos tu vida"

Código del Prestador: 5000101385 **No. Identificación:** 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Teléfono: 6849725
Web: http://www.equividasaludocupacional.com/
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

Fecha de Impresión: **2024/01/21 19:41:05**
Impreso por: **LOURDES LISBETH CAICEDO CAMPO**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 34659843**	Nro Historia:	**34659843**
Paciente:	**CAICEDO CAMPO LOURDES LISBETH**	Nro Ingreso:	**20231024020858**
Fecha Nac:	**1981/02/11**	Fecha Atención:	**2023-10-24 08:07:53.000**
Dirección:	**APIAY**	Tipo Evaluación:	**COMPLEMENTARIO**
Edad:	**42 años**	Enfasis:	**0**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**NO REFIERE**		

Optometria - Anamnesis

NO QX OCULARES /NO SE APLICA MEDICAMENTOS OCULARES / NO TOMA MEDICAMENTOS FISIOTERAPEUTA

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva	No	NO REFIERE
Catarata	No	NO REFIERE
Pterigio:	No	NO REFIERE
Otra:	NO REFIERE	

Usa correccion visual Si - PERO NO LAS UTILIZA CASI

Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca ☐

Ultimo Examen De 1 año a 2 años

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	***Descripcion***
Glaucoma:	No	NO REFIERE
Cataratas:	No	NO REFIERE
Rinitis:	No	NO REFIERE
Traumas Oculares::	No	NO REFIERE
Patologia Visual:	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

- ☐ Iluminacion inadecuada
- ☐ Usuario de computador
- ☐ Radiaciones Ultravioleta
- ☐ Cambios de temperatura
- ☐ Mala ventilacion
- ☐ Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

☐ Fotofobia	☐ Ojo Rojo	☐ Mala Vision Cercana	☐ Cansancio
☐ Lagrimeo	☐ Vision Borrosa	☐ Mala Vision Lejana	☐ Dolor
☐ Ardor	☐ Vision Doble	☐ Cefalea	☐ Secreción

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	*Descripcion*
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	Rx en Uso	Observaciones
Ojo Derecho:	GAFAS	-0.50-0.75*90	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	GAFAS	-0.50-1.00*75	NO REFIERE

Optometria - Agudeza Visual

Visión Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	-	20/40	NO REFIERE
Ojo izquierdo	-	20/30	NO REFIERE
Ambos Ojos	-	20/30	NO REFIERE
Observaciones	NO REFIERE		

Visión Próxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo derecho	-	0.50M
Ojo izquierdo	-	0.50M
Ambos Ojos	-	0.50M
Observaciones	NO REFIERE	

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	NORMAL	
Profundidad	40 Sec Arco	-
Observaciones	NO REFIERE	

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia: NORMAL
* Cover Test - Lejos: ORTHO
* Cover Test - Cerca: ORTHO

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS CLAROS

Ojo Izquierdo: MEDIOS CLAROS

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: -0.25-1.00*135

Ojo Izquierdo: N-1.75*95

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NA

Ojo Izquierdo: NA

Optometria - Refraccion

RX Final

	Esfera	Cilindro	Eje	v.Lejana	v.Proxima	PH
OD	-1.25	-0.75	100	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE
OI	-1.00	-1.00	90	20/20-	NO REFIERE	NO REFIERE

Adición de Lente: OD:+1.00 - OI:+1.00

Distancia Pupilar: 62/64

Altura Focal: NO REFIEREmm

Tipo Lente: LENTES DE CONTACTO BLANDOS TORICOS

Uso: PERMANENTES

Observaciones: NPD: NPI:33MM

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: MIOPI
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1: ASTIGMATISMO
Diagnostico Relacionado 2: PRESBICIA
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

- [ ] Se continúa com misma RX
- [ ] Se da Remisión
- [ ] Se da Tx Medicamentos
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Realizar prueba ambulatoria
- [ ] Se da Nuevo Control
- [ ] No Requiere RX
- [x] Requiere Nueva Rx
- [ ] Test de Farnsworth

Descripcion de la Conducta

NO REFIERE

Optometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [ ] Uso EPP Visual
- [ ] Uso de Rx para Vision Proxima
- [ ] PyP
- [x] Uso de AR video Terminales
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Lubricante Ocular
- [ ] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [ ] Uso de Rx para Vision Lejana
- [x] Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: NO REFIERE

Optometria - Remisiones

- [ ] Valoracion Oftalmologica
- [ ] Valoracion Ortoptica
- [ ] Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría No Interviene

* Descripcion de la observacion general

SE RECOMIENDAN DOS CAJAS DE LENTES DE CONTACTO BLANDOS TORICOS BIOFINITY+ AR EN VISION PROXIMA

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico 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 informo 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 médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Nombre Profesional: SANDRA LILIANA CRUZ 0

Registro Profesional: 010

Nombre del Paciente: **LOURDES ' CAICEDO CAMPO**

Identificacion del Paciente: **CC - 34659843**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.