



IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	MANUEL ALEJANDRO RUIZ MORENO	Número:	1032360483
Identificación:	CC	Edad:	40
Fecha de Nacimiento:	1986-04-14	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.
RH:	O +	Escolaridad:	UNIVERSITARIO
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	BOGOTA, D.C.
Estrato:	3	Teléfono:	3107711976
Dirección:	CARR 72 BIS N O 25 B 5	ARL:	NINGUNA
EPS:	EPS ALIANSALUD	Tel. Acompañante:	
AFP:	NO REFIERE	Cargo:	CONTRATISTA
Acompañante:			
Empresa:	ATENCION PARTICULAR		
Sede:	PRINCIPAL		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

- | | | |
|--|---|--|
| 1. AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] | 2. CONSENTIMIENTO GENERAL | 3. CONSENTIMIENTO LABORATORIOS |
| 4. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO SST | 5. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA | 6. COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD |
| 7. COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO | 8. COLESTEROL TOTAL | 9. GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA |
| 10. TRIGLICERIDOS | | |

CONCEPTO

CONCEPTO

LA PERSONA EVALUADA PUEDE DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL ROL LABORAL PARA EL CUAL APLICA

Observaciones:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL.
- AUDIOMETRIA: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD; NO SE EVIDENCIA ALTERACION DE LA AUDICION CONVERSACIONAL DURANTE EL EXAMEN.
- OPTOMETRIA:
LENSOMETRIA: OD -1.75-0.75*85 OI -2.00-0.75*80
ANAMNESIS: PACIENTE REFIERE VER BIEN CON SU RX, HACE 2 MESES ULTIMO CONTROL
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE
ANTECEDENTES PERSONALES: HACE 1 AÑO TIENE SU RX,
AGUDEZA VISUAL: SIN RX OD 20/50- OI 20/50-
CON RX OD N/A OI N/A
EXAMEN EXTERNO: OD SIN ALTERACION OI SIN ALTERACION
QUERATOMETRIA: OD 44.75/45.25*45 OI 45.00/45.00*110
OFTAMOSCOPIA: AMBOS OJOS SIN ALTERACIÓN
DIAGNÓSTICO: ASTIGMATISMO MIOPICO
USO: PERMANENTE
- LABORATORIOS: COLESTEROL HDL, COLESTEROL LDL, GLICEMIA BASAL: DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y COLESTEROL TOTAL , TRIGLICERIDOS: ELEVADO

RECOMENDACIONES

GENERALES

REMISION A EPS
OBSERVACIONES
CONTINUAR MANEJO MEDICO
OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES GENERALES

SI
DISLIPIDEMIA- HIPERCOLESTEROLEMIA
SI
MEDICINA GENERAL
RECOMENDACIONES GENERALES:
• VALORACION POR MEDICINA GENERAL POR SU EPS: (DISLIPIDEMIA- HIPERCOLESTEROLEMIA)



Fecha de examen: 2026-07-24

Fecha de impresión: 2026-07-24

- ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, CON ABUNDANTE HIDRATACION.
- EJERCICIO FÍSICO 3 VECES A LA SEMANA MÍNIMO POR UNA HORA, DE PREDOMINIO CARDIOVASCULAR
- HIGIENE Y CAMBIO POSTURAL CADA 2 HORAS
- HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

RECOMENDACIONES ADICIONALES

RECOMENDACIONES VISUALES:

- USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA LABORAL
- HIGIENE Y CONSERVACIÓN VISUAL
- SE EXPLICA AL USUARIO QUE ANTE LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS TALES COMO VISIÓN BORROSA, CEFALEA O CANSANCIO VISUAL DEBE CONSULTAR PARA FORMULACIÓN DE LENTES.
- REALIZACIÓN DE PAUSAS VISUALES: POR CADA HORA DE TRABAJO CONTINUO, DIRIGIR LA MIRADA A UN PUNTO U OBJETO UBICADO A 6 METROS DE DISTANCIA Y MANTENER LA FIJACIÓN POR 30 SEGUNDOS. CONTINUAR TRABAJANDO

OCUPACIONALES

PAUTAS ERGONOMICAS

PAUSAS ACTIVAS

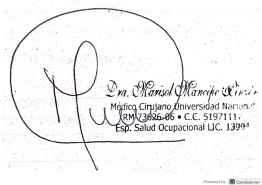
RECOMENDACIONES ADICIONALES

SI

SI

- CONTROL DE TRIGLICERIDOS EN TRES MESES:(DISLIPIDEMIA)
- CONTROL DE COLESTEROL TOTAL EN TRES MESES:(HIPERCOLESTEROLEMIA)

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el consentimiento previamente firmado. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GEMSSA S.A.S



Dr. Marisol Mancipe Pinzon
Médico Cirujano Universidad Nacional
C.C. 51971117
Esp. Salud Ocupacional UIC. 13994

MARISOL MANCIPE PINZON
51971117
RM: 7362606
Firma y sello del médico evaluador



MANUEL ALEJANDRO RUIZ MORENO
Documento: 1032360483
Firma del trabajador