FORMATO CERTIFICADO DE CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

LUGAR DE LA ATENCION:

Pais de la atencion:	Departamento de la atencion:	Ciudad / Municipio de la atencion:	Fecha de la atencion			Hora de la atencion
			Dia	Mes	Año	
COLOMBIA	BOLIVAR	CARTAGENA	13	AGOSTO	2026	8:15:00 a. m.

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre o Razon social de la Empresa:	PARTICULAR / INDEPENDIENTE			Numero de identificacion Nit:	----------
Actividad Economica	----------			Sede:	CARTAGENA
Direccion:	----------	Telefono:	----------	E-Mail:	----------

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres:	OSCAR ORLANDO			Apellidos:	CARABALI MOSQUERA			Tipo de Documento:	CEDULA DE CIUDADANIA		
Numero de Documento:	1050952309			Lugar de Expedicion del documento:	TURBACO			Fecha de expedicion del documento:	17	MAYO	2007
Fecha de Nacimiento:	1	MAYO	1989	Lugar de Nacimiento:	TURBACO			Edad:	35	Años	
Estado civil:	CASADO (A)			Genero:	SELECCIONAR			Numero de hijos:	2		
Escolaridad:	POSTGRADO			Titulo:	GESTION AMBIENTAL			E-mail:	----------		
Direccion de Residencia:	LA CAROLINA			Estrato:	3	Numero de Telefono /Celular:	3163923378	Tipo de Sangre:	O+		
Cargo a Desempeñar:	INGENIERO AMBIENTAL		Jornada:	SELECCIONAR	EPS:	SANITAS	ARL:	----------	Fondo de pensiones	COLPENSIONES	
Nombres y Apellidos de la persona contanto en caso de emergencia:	LUISA FUENTES						Telefono de contacto:	3174259137			

DATOS DE LA ATENCION A REALIZADA:

Tipo de Examen:

ATENCION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, NEUROLOGICO Y NUTRICIONAL PARA INGRESO

Pruebas Paraclinicas:

PRUEBA PÁRACLINICA VISIOMETRIA TAMIZ	PRUEBA PARACLINICA ELECTROCARDIOGRAMA	SELECCIONAR

Pruebas de Laboratorio Clinico:

PRUEBA DE LABORATORIO CLINICO: HEMOGRAMA	PRUEBA DE LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO	PRUEBA DE LABORATORIO CLINICO: GLICEMIA

RESULTADOS DE LA ATENCION REALIZADA

En este espacio usted encontrara las recomendaciones si en el caso las pruebas o atencion tienen resultados anormales, en caso contrario (estado normal) no tendran recomendaciones.

RESULTADO DE LA PRUEBA PARACLINICA VISIOMETRIA:

	Descripcion del resultado en prueba visiometria:	Estado	Remision	Especialista	Restricciones, Limitaciones y Recomendaciones Medicas Generales, Laborales y para los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica
Ojo Derecho	Deficit visual de cerca y lejos no corrregido	Anormal	Si	Optometria	* Implementar seguimiento, control y prescripcion por optometria. * Paciente debe laborar con lentes prescritos por optometria. * Realizar control visual cada año. * Implementar programas de pausas activas alternando actividades realizando pausas a exposiciones de rayos uv, gama , beta, computador, soldadura, arcos electricos y luminicencias. * Para los casos de examen periodico deben incluir en SVE Visual, realizar evaluacion de puesto de trabajo, aplicar medicion de lux con equipo de Luxometria y diseñar programas para mejorar la salud visual del trabajador. * Utilizar los elementos de proteccion personal requeridos para la actividad a desarrollar y al ambiente laboral al que estara expuesto. * Cumplir con las normas, politicas y programas de salud y seguridad en el trabajo que propendan un ambiente sano para su salud visual. * Implementar medidas de autocuidado en casa.
Ojo Izquierdo	Deficit visual de cerca y lejos no corrregido	Anormal	Si	Optometria	* Implementar seguimiento, control y prescripcion por optometria. * Paciente debe laborar con lentes prescritos por optometria. * Realizar control visual cada año. * Implementar programas de pausas activas alternando actividades realizando pausas a exposiciones de rayos uv, gama , beta, computador, soldadura, arcos electricos y luminicencias. * Para los casos de examen periodico deben incluir en SVE Visual, realizar evaluacion de puesto de trabajo, aplicar medicion de lux con equipo de Luxometria y diseñar programas para mejorar la salud visual del trabajador. * Utilizar los elementos de proteccion personal requeridos para la actividad a desarrollar y al ambiente laboral al que estara expuesto. * Cumplir con las normas, politicas y programas de salud y seguridad en el trabajo que propendan un ambiente sano para su salud visual. * Implementar medidas de autocuidado en casa.

CONCLUSION DE LOS RESULTADOS

CONCEPTO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

Examen de ingreso satisfactorio, apto para el cargo

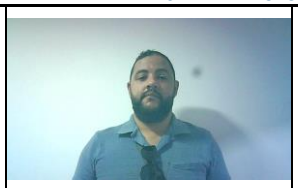
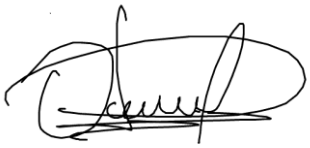
CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He leído (o que se me ha leído) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de las pruebas, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sean realizadas las pruebas.
Del mismo modo expreso que fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Autorizo a la empresa EMSIST IPS SAS para revisar, consultar mi historia clinica ocupacional y medica cuando se requiera con fines de promocion y prevencion de la salud ocupacional de la compañía que ordeno la atencion.
Manifiesto que lo expresado y escrito en los documentos para la atencion medica es informacion cierta y puede ser verificada por ustedes (Minsalud 8 de julio, Resolucion N° 1995/99.
Los datos consigandos en los documentos para la atencion medica son estrictamente confidenciales.

Autorizo el tratamiento de mis datos incorporados tal y como se dispone en la ley estaturaria 1581 de 2012 por lo cual se dictan disposiciones generales para la proteccion de datos personales y su decreto reglamentario 1377 del 27 de julio de 2013 y los derecho que se actualicen, del mismo modo siempre que asi lo estime , poder ejercitar mi derecho de acceso, rectificacion, cancelacion y oposicion relativo a este tratamiento dirigiendome siempre por escrito.

FIRMAS E IDENTIFICACION:

			
Datos de identificacion del profesional que realiza la atencion.		Identificacion fotografica del paciente	Identificacion por firma del paciente	Identificacion por huella del paciente

Profesion o Titulo			Medico Especialista en Salud Ocupacional			Nombres y Apellidos del paciente:	OSCAR ORLANDO	CARABALI MOSQUERA	
Documento de Identificacion			Hernan Jose Yepes Ceballos						
C.C.	73.208.954	R.M.	24003	LIC. S.O.	1187	CEDULA DE CIUDADANIA	1050952309	de,	TURBACO

Dirección: Barrio Los Corales Manzana A Lote 03 - Diagonal 30-11, Transversal 54 #1
Punto de Referencia: Detrás del ARA que esta frente al CAI de Ceballos
Teléfonos: (605) 641 4693 - Numero de teléfono celular: (+57) 301 469 7496
E-Mails: emsistips.recepcion@gmail.com - emsistips.aux.enfermeria@gmail.com
Cartagena de indias D.T y C - Bolívar - Colombia