MEDICINA LABORAL

Página web: www.grupomedicoprevencion.com
Teléfonos: 310 473 6043 - 320 512 4424
Correo: grupomedicoprevencion@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.697

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	06 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	**INDEPENDIENTE**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SÁNCHEZ CONTRERAS CAMILO ANDRÉS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 1 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	98762941 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y DIRIGIDAS.

SE SUGIERE CONSIDERAR LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES PARACLÍNICOS O AYUDAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN EDAD DEL TRABAJADOR (A) Y RIESGOS PROPIOS DEL CARGO CONTEMPLADOS DENTRO DEL PROFESIOGRAMA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



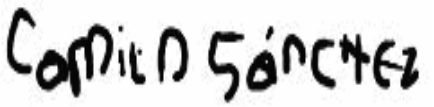
Firma:

Nombre: GALLEGO RUIZ CARLOS FERNANDO

R. M.: 17283 **L.S.O.:** 74996

Código de Seguridad
C1566I1O1697

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SÁNCHEZ CONTRERAS CAMILO ANDRÉS

CC: 98762941

EXAMEN OPTOMETRIA

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15/08/2024 MEDELLIN
Paciente: CAMILO ANDRES SANCHEZ CONTRERAS
Género MASCULINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 8/05/1985
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección BELEN
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: OTROS
Identificación: 98762941
Teléfono **Móvil:** 3002141406
Cargo: DOCENTE -INDEPENDIENTE
EPS: EPS SURA
Escolaridad: MAESTRIA

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0
Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**

Accidentes oculares: NIEGA
Antecedentes Personales: NIEGA
Sintomatología : NIEGA
Cirugía ocular : N NO
Usa Corrección N NO **¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Lensometría	**Izquierdo :**		**Derecho :**	**ADD :**

Examen Externo: NORMAL
Examen Motor: NORMAL
Oftalmoscopia: NORMAL
VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL
Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL
Estereopsis: 40"
Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO
Retinoscopia OD: N - OI: N
Subjetivo OD: N - AV: 20 - Subjetivo OI N - AV: 20

Cie10: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION-Z010
Cie10: -
Cie10: -
Recomendaciones: NO REQUIERE RX OPTICA. CONTROL EN UN AÑO
Diagnóstico: EMETROPE.

Concepto: AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

Formula Final: OD: OI:
ADD :
Distancia Pupilar :
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N
Remitido: -

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Carmen E Lara T.

Camilo A. Sanchez

CARMEN EMILIA LARA TRESPALACIOS 3584
Profesional

CAMILO ANDRES SANCHEZ CONTRERAS 98762941
Firma y cédula del Paciente