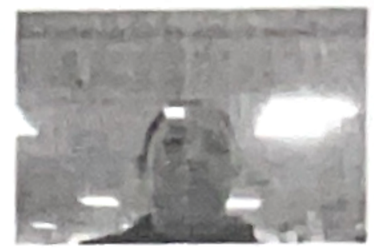
Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO PRE INGRESO



H.C.: 43209740-475291

Fecha y Lugar: 2/10/2026 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: PARTICULAR
NIT: -
Empresa en Misión:
Actividad Económica: Otras actividades de servicios personales n.c.p.

Dirección: -
Teléfono: - - -
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** n/a

Nivel de Riesgo: 4

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: BLANCA ELISABETH VILLARREAL ROBY
Género: FEMENINO **Edad:** 46
Fecha y Lugar de Nacimiento: 28/09/1980 MEDELLIN
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: ESTADIO MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 43209740
Teléfono: 3016298498
Cargo: INSTRUCTOR (A)
Escolaridad: UNIVERSITARIO
EPS: EPS SURA
AFP: PORVENIR S.A.

Rh: RH O+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

VALORACION DE OPTOMETRIA EN SU EPS POR PRESENTAR ALTERACION VISUAL// CONTINUAR MANEJO DE SU PATOLOGIA EN LA EPS CON MEDICO TRATANTE.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO
EN PUESTOS DE TRABAJO CON UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO Y PANTALLAS:
EVITAR REFLEJOS EN LA PANTALLA
TRABAJAR EN UNA HABITACIÓN CON ILUMINACIÓN HOMOGÉNEA
EMPLEAR UN TAMAÑO DE LETRA LEGIBLE
HACER DESCANSOS Y PRACTICAR EJERCICIOS VISUALES
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
EVITAR FORZAMIENTO DE LA INTENSIDAD DE LA VOZ
MANTENER UNA BUENA HIDRATACIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES.
REQUIERE LENTES PARA TRABAJOS CON DETALLE VISUAL. LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TEST PSICOLÓGICO	REALIZADO NORMAL
VISIOMETRIA	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL -

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de

programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Medico Especialista en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
BLANCA ELISABETH VILLARREAL ROBY
43209740