CERTIFICADO DE APTITUD

ACR Vital laboral S.A.S IPS

Día	Mes	Año	Ciudad	Departamento
05	07	2019	Tocancipá	Cundinamarca

Tipo de exámen: [X] 1 Ingreso [ ] 2 Cambio ocupación [ ] 3 Periodo programado [ ] 4 Retiro [ ] 5 Post-incapacidad [ ] 6 Reintegro

Nombre y apellido de aspirante o trabajador:	Identificación:
GLORIA EDITH GARCIA LARA	1071164890

Genero	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Edad	Empresa
F [X] M [ ]		17	10	1989	29	HOSPITAL TUNAL

Actividad económica:

Cargo u oficio: JEFE DE ENFERMERIA

Tipo de cargo (Marque con una X):

[ ] Administrativo [ ] Operativo [ ] Manipulación de alimemtos [ ] Trabajo en alturas [ ] Otros: _____

Concepto de aptitud (No aplica para examen de retiro)

- [X] Apto sin limitaciones o restricciones para el cargo
- [ ] Apto con limitaciones o restricciones para el cargo
- [ ] No cumple con el perfil o los requisitos para el cargo
- [ ] Aplazado

Exámenes realizados (Marque con una X): Anexo técnico: No [ ] Si [ ] Cual? _____

[ ] EKG	[ ] Triglicéridos	[ ] Audiometría	[ ] Espirometria
[ ] Cuadro hemático	[ ] Glicemia	[ ] Visiometria	[X] Otros: OSTEOMUSCULAR
[ ] Colesterol	[ ] Parcial de orina	[X] Optometría	

Recomendaciones generales:

1. Implementar pausas activas cada dos (2) horas por 5 minutos 2. Actividad Física deportiva 200 minutos semanales 3. Dieta baja en grasas saturadas y en monosacáridos rica en fibra

Recomendaciones especificas: 1. Controles médicos anuales.

[ ] Limitaciones o restricciones: _____

[ ] Causa de aplazamiento: _____

Examen de retiro: Hay sospecha de: Secuela de accidente de trabajo Sí [ ] No [ ] Enfermedad laboral Sí [ ] No [ ]

¿Cuál? _____ Enfermedad común agravada por el trabajo Sí [ ] No [ ]

Remisión a EPS Si [ ] No [ ]

Profesional:

Adriana Cuy
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM. 1997 L.S.O. 25-5981

Aspirante o trabajador:

Carrera 7 No. 7-20 Tocancipá, Cundinamarca. Cel 316 6282144. Correo Electronico: adriana7c19@hotmail.com

OPTOMETRÍA

Medical Protection Salud Ocupacional

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN

01 | 12 | 2020 | CIUDAD: Bogotá

TIPO DE EXAMEN PARACLÍNICO (Marque con una [x])

Ingreso [ ] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ]

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

Razón Social: Particular | Dirección del Centro de Trabajo:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo Documento de Identificación T.I. Tarjeta de Identidad, C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cedula de Extranjería, P.T. Pasaporte)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Documento de Identificación No
Garcia	lara	Elena	Edith	1071164990

Género (Marque con una X): Femenino [X] Masculino [ ] | Fecha de Nacimiento: 17 | 10 | 1989 | Edad (años): 31. | EPS (A la que se encuentra afiliado): Medimas

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR (Según información suministrada por el aspirante / trabajador y conocimiento que pueda tener el examinador)

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antigüedad en el cargo actual (No aplica para Ingreso)
D M A	Informes		Años

ANTECEDENTES LABORALES | EMPRESA ANTERIOR: — | Cargo: — | Tiempo (años): — | Tipo de Elemento de Prot.: -

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y / O ANTERIORES

Tipo de Riesgo (Marque con una (x) según exista / existió exposición. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)	SI	NO	Tiempo de Exposición: Acumulada (Años)	Tiempo de Exposición: Diaria (Horas)	Uso de Protección Visual: SI	Uso de Protección Visual: NO	Tipo de Protección Visual
Químicos (humos, gases, vapores, polvos)	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Radiación Ultra Violeta ó Infrarroja (soldadura, hornos)	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Mecánico (Proyección de Partículas)	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Iluminación Inadecuada: Excesiva [ ] Deficiente [ ] Reflejos [ ]	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	
Uso de Video Terminales	[ ]	[✓]			[ ]	[✓]	

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES PERSONALES (Marque con una (x) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo)

Generales	SI	NO	Oculares	OJO DERECHO: SI	OJO DERECHO: NO	OJO IZQUIERDO: SI	OJO IZQUIERDO: NO
Hipertensión Arterial	[ ]	[✓]	Cirugía Ocular	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Diabetes	[ ]	[✓]	Queratocono	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Hipoglicemia	[ ]	[✓]	Glaucoma	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Toxoplasmosis	[ ]	[✓]	Catarata	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Cefalea	[ ]	[✓]	Retinopatía	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Trauma Craneoencefálico	[ ]	[✓]	Desprendimiento de Retina	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
Otro(s) [ ] Cuál(es) _____			Ambliopía	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]
			Estrabismo	[ ]	[✓]	[ ]	[✓]

(Marque con una (x) la casilla correspondiente SI o NO, según sea el caso. Para cada una de las respuestas afirmativas, especifique a continuación)

Problemas de refracción: SI [ ] NO [✓] ¿Cuál? _____ Tiempo de Evolución: [ ] Años

Corregido: [ ] [✓] Tipo de Corrección: Lentes de Contacto [ ] Gafas [ ] Ambos [ ] Frecuencia de Uso: _____

Tiempo Transcurrido desde el último Examen Visual: 24 Meses | Tiempo transcurrido desde el último cambio de Fórmula: [ ] Meses

SINTOMAS Y SIGNOS (Marque con una (x) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Dolor Ocular	[ ]	[✓]	Cefalea	[ ]	[✓]	Salto de Renglones	[ ]	[✓]
Irritación Ocular	[ ]	[✓]	Visión Doble	[ ]	[✓]	Disminución Agudeza Visual - Visión Lejana	[ ]	[✓]
Ardor Ocular	[ ]	[✓]	Miodesopsias	[ ]	[✓]	Disminución Agudeza Visual - Visión Próxima	[ ]	[✓]
Cansancio Ocular	[ ]	[✓]	Prurito Ocular	[ ]	[✓]	Secreciones	[ ]	[✓]
Lagrimeo	[ ]	[✓]	Fotofobia	[ ]	[✓]			

OBSERVACIONES

EVALUACIÓN

A. AGUDEZA VISUAL

	Sin Corrección		Con Corrección	
	Visión lejana	Visión Próxima	Visión lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/20	0.3		
Ojo Izquierdo	20/20	0.3		

B. LENSOMETRÍA

	Visión lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho		
Ojo Izquierdo		

C. EXAMEN EXTERNO (Marque con una (X) la casilla que corresponda según sea afirmativo o negativo).

	OJO DERECHO SI	OJO DERECHO NO	OJO IZQUIERDO SI	OJO IZQUIERDO NO
Pinguécula	✓		✓	
Resequedad Ocular				
Inyección Conjuntival				
Hiperemia Conjuntival				
Ptosis Palpebral				
Pterigio				
[illegible]				
Edema Palpebral				
Blefaritis				

D. ESTADO MOTOR

Cover Test Visión Lejana		0	
Cover Test Visión Próxima 40 Cms		2	
Punto próximo de Convergencia		4 cm	
Retinoscopia	Ojo Derecho	11	
	Ojo Izquierdo		

Marque con una "X" la casilla Normal o Anormal según corresponda	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
[illegible]	✓		✓	
Visión Cromática	✓		✓	
Campo Visual	✓		✓	
[illegible]	✓		✓	

E. SUBJETIVO (Ingrese los datos según respuesta del evaluado)

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza Visual
Ojo Derecho	N	—		20/20
Ojo Izquierdo	N	—		20/20
Adición de Lente	—	—	—	—

OBSERVACIONES

DIAGNÓSTICOS (Marque con una (X) según corresponda)

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropia	✓	✓
Miopia		
Hipermetropia		
Astigmatismo		
Presbicia		
Ambliopia		
Problema de Motilidad		
Insuficiencia de Convergencia		

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Problema de Refracción No Corregido		
Problema de Refracción Adecuadamente Corregido		
Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido		
Sin requiere corrección	✓	✓

RECOMENDACIONES (Marque con una (X) según corresponda)

Control en un año	Corrección óptica con Anteojos	Valoración por Ortóptica
Control en seis meses	Corrección Óptica con lentes de Contacto	Valoración por Oftalmología

OBSERVACIONES

Uso de EPP

Evaluado por:

Firma:

Nombre:

Registro:

Aspirante o Trabajador (Autorizó la práctica de este examen)

Firma: Glona Edith Garcia Lara

Nombre: Glona Edith Garcia Lara

Documento de Identificación: 1071164890