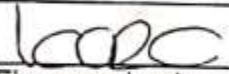


Ita Inicio

Fecha: 30/08/2021
Hora: 16:34:18

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tipo Doc.
2021-08-30	Rober Jesus	De La Cruz Giraldo	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num Doc.
49	Masculino	C2	10592362
Detalles del cuestionario			
Bloque	Resultado	Num. Preguntas	
Trastornos amnesicos y otros trastornos congnotivos	3	3	
Control de impulsos	3	3	
Trastorno de personalidad	3	3	
Abuso de alcohol	3	3	
Dependencia del alcohol	3	3	
Esquizofrenia	3	3	
Trastornos inducidos por alcohol	3	3	
Consumo habitual de drogas y medicamentos	2	3	
Abuso de drogas o medicamentos	3	3	
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3	
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3	
12. Información	3	3	
Trastornos por comportamiento perturbador	3	3	
Disociativa	3	3	
15. Comprensión	3	3	
16. Aritmética	2	3	
17. Trastornos del sueño	3	3	
Semejanzas	3	3	
20. Trastornos mentales debido a enfermedad médica	3	3	
Vocabulario	3	3	
Trastornos de estado de animo	3	3	
Area	Resultado	total Preguntas,	Calificacion.
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	20	21	Aprobado
Inteligencia	14	15	CI 96, Apto
Observaciones			


Firma evaluador



INFORMACION PERSONAL
 TIPO DOC: CC N° DOCUMENTO: 10592362
 NOMBRE: ROBER DE JESUS DE LA CRUZ GIRALDO
 GENERO: M TIPO DE SANGRE: O+
 FECHA NAC: 17/05/1972 EDAD: 49 LUGAR NAC: MERCADERES
 DIRECCION: CRA 69 A N 40 C 40 TELEFONO: 3117491896
 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA CIUDAD: RIONEGRO
 ESTADO CIVIL: CASADO ESTUDIOS: SECUNDARIA
 PROFESION: CONDUCTOR.

DATOS COMPLEMENTARIOS

CARGO: CONDUCTOR.

EMPRESA: ORIENTE SALUD

EPS: Otras

ARP: SURA

AFP: No Refiere

TIPO EXAMEN: REACTIMETRIA Y SALUD MENTAL

Se realiza anamnesis completa, definiendo antecedentes ocupacionales, examen físico completo orientado según profesiograma y/o cargo a desempeñar.

Se realizan ayudas diagnósticas como Visometría, Audiometría y/o Espirometría según la necesidad u orden de servicio.

NOTA: LOS RESULTADOS DEL EXAMEN SE ENCUENTRA EN CUSTODIA DE NUESTRA EPS. LOS CUALES PODRÁN SER CONSULTADOS MEDIANTE SOLICITUD FORMAL POR ESCRITO DEL PACIENTE ATENDIDO O CON SU AUTORIZACIÓN POR LA EMPRESA QUE LO REQUIERA.

SE CONSIDERA APTO PARA EL CARGO CONDUCTOR.

VALORACION GENERAL:

valoración favorable a nivel psicológico "hasta el momento" para desempeñar cargo, categoría C2 vigente hasta 08/11/2022

CONDUCTAS PREVENTIVAS:

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Utilizar los elementos de protección requeridos para la realización de las tareas propias de la ocupación a desempeñar.
3. Capacitar en el adecuado uso de los elementos de protección personal que la empresa le suministra para el desempeño de su trabajo de manera segura.
4. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
5. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
6. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
7. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas o espacios confinados.
8. Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas.
9. Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

en general se recomienda a todas las empresas realizar programas de salud mental en pro del trabajador.

CONSIDERACIONES JURÍDICAS: La resolución 2346 de 11 de julio de 2007 y la resolución 1815 de Junio 5 de 2008 del Ministerio de la Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas, con el objeto de determinar las condiciones de salud física, mental, social y la existencia de restricciones del aspirante, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo, definidos por el empleador. Establece que la empresa sólo puede conocer EL CERTIFICADO MÉDICO DEL ASPIRANTE, el cual se le suministra según lo acordado, al cual la empresa puede solicitar copia (medio magnético) de la historia clínica, si lo requiere. Establece también que le corresponde a la EPS del trabajador la guarda y custodia de los documentos de la historia. Los documentos completos de la historia clínica estarán bajo nuestra custodia acorde a lo que indican estas resoluciones.

Leidy Laura Jaramillo

Leidy Laura Jaramillo
ID: 155069

ROBER DE JESUS DE LA CRUZ GIRALDO

ESPECIALISTA: LEIDY LAURA JARAMILLO AGUDELO
 TP/RM: 155069

EVALUADO DOCUMENTO: 10592362
 ROBER DE JESUS DE LA CRUZ GIRALDO

CENTRO DE RECONOCIMIENTO CERTICOND NIT: 900037271-2

Codigo de Prestador N° 050151329801

Calle 47 N° 47 - 26, Urb Altos del Lago, Rionegro, Antioquia Tel 5318171

INFORME N°

9174

FECHA EXPEDICION: 30/08/2021

**INFORMACION PERSONAL**

TIPO DOC: CC

N° DOCUMENTO: 10592362

NOMBRE: ROBER DE JESUS DE LA CRUZ GIRALDO

GENERO: M

TIPO DE SANGRE: O+

FECHA NAC: 17/05/1972

EDAD: 49

LUGAR NAC: MERCADERES

DIRECCION: CRA 69 A N 40 C 40

TELEFONO: 3117491896

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

CIUDAD: RIONEGRO

ESTADO CIVIL: CASADO

ESTUDIOS: SECUNDARIA

PROFESION: CONDUCTOR.

EVALUACION PSICOLOGICA	TEMPOS	UNIDADES	NUMERO ERRORES	RANGOS MAX	
RESISTENCIA A LA MONOTONIA	601	Ms	errores	0	TMR MAX 720 Ms
REACCIONES MULTIPLES	502	Ms	errores	0	TMR MAX 1150 Ms Errores Max MAX 7
ANTICIPACION A LA VELOCIDAD	411	Ms			TMR MAX 780 Ms
REACCION AL FRENADO	499	Ms			TTE MAX 730 Ms
COORDINACION BIMANUAL	0	Ms	errores	0	TT MAX 19930 Ms Errores Max MAX 15
VALORACION	APTO - valoración favorable a nivel psicologico "hasta el momento" para desempeñar cargo , categoria C2 vigente hasta 08/11/2022				
RECOMENDACION	en general se recomienda a todas las empresas realizar programas de salud mental en pro del trabajador.				

Bajo gravedad de juramento declaro que la informacion suministrada a los facultativos durante todas cada una de las exploraciones y entrevista de antecedentes referidos al historial o diagnostico corresponden.

CONSIDERACIONES JURIDICAS: La resolución 2346 de 11 de julio de 2007 y la resolución 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social reglamenta la práctica y contenido de las evaluaciones médicas, con el objeto de determinar las condiciones de salud física, mental, social y la existencia de restricciones del aspirante, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo, definidos por el empleador. Establece que la empresa sólo puede serotocer EL CERTIFICADO MEDICO DEL ASPIRANTE, el cual se lo suministra según lo acordado, el usuario o empresa puede solicitar copia (medio magnético) de la historia clínica, si lo requiere. Excolice también que le corresponde a la EPS del trabajador la guarda y custodia de los documentos de la historia. Los documentos completos de la historia clínica, estarán bajo nuestra custodia acorde a lo que indican estas resoluciones.

Leidy Laura Jaramillo Agudelo 4.

EVALUADOR: LEIDY LAURA JARAMILLO AGUDELO

Rober de Jesus de la Cruz Giraldo

EVALUADO

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CODIGO: FOR-PM-CE-13
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN: OCTUBRE 2016

Fecha: 30/08/2021

Nombre: Rober Delacruz Giraldo N° de identificación 70.592.362

Empresa: labor vital

Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizo a Orientesalud para efectuar las pruebas necesarias para detectar en mi organismo la presencia de sustancias psicoactivas, tales como alcohol etílico, marihuana, cocaína, bazuco, anfetaminas (éxtasis), benzodiacepinas (pepas), opiáceos (heroína) y sustancias similares o derivadas.

El diagnóstico se realiza examinando mi muestra de orina para detectar la presencia de las sustancias psicoactivas mencionadas anteriormente. Existen varias pruebas de laboratorio diseñadas para este propósito las cuales se dividen básicamente en dos tipos: Presuntivas; que en caso de ser positivas indican una posible presencia de las sustancias psicoactivas y Confirmatorias. La prueba que se realizará inicialmente será de tipo presuntivo.

Comprendo que para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, se me acompañará durante la toma de la misma y que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de esta prueba, sin embargo los resultados quedarán registrados en el laboratorio.

A pesar de lo anterior, la Institución no será responsable por posibles sanciones, daños o perjuicios causados a terceros, o a mi persona, derivados del uso de los resultados.

Confirmando haber tenido la oportunidad de preguntar y resolver mis dudas con respecto al examen. Declaro que he dado esta autorización voluntariamente y sin coerción.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: SI ☐ NO ☐

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.)

SI ☐ NO ☐

Fecha de notificación: _____

Firma del paciente o representante: [Firma]

Nombre de la persona que informa el consentimiento: _____

Firma de la persona que recibe el consentimiento: _____



OrienteSalud
Por tu bienestar

Keystone VS-V GT Medical Record Form

For use with Model 1160
VS-V GT Medical Screeners

Name Poher De la Cruz Galindo Date 30/08/2021

Occupation 10542362 Age 49 años

Does the examinee wear: Glasses ☐ or Contacts ☐ (If yes, how often?) Always ☐ Sometimes ☐

What kind of vision correction? Distance Only ☐ Reading ☐ Multifocals ☐

FAR POINT TESTS — SWITCH TO FAR ON HAND CONTROL

TEST DESCRIPTION AND KEY (Corresponds to Hand Control)	UNACCEPTABLE	MARGINAL	ACCEPTABLE
RIGHT EYE: ACUITY A B C 1. 20 = 547638 25 = 428576 30 = 943852 2. 40 = 705823 50 = 357248 60 = 7236 3. 70 = 9574 100 = 92 200 = 5	20/70 = 9574 20/200 = 5 20/100 = 92 20/50 = 357248	(One Miss Allowed Per Line) 20/40 = 795823	20/30 = 943852 20/25 = 428576 20/20 = 547638
LEFT EYE: ACUITY A B C 1. 20 = 745932 25 = 578236 30 = 348752 2. 40 = 534268 50 = 752388 60 = 6254 3. 70 = 8453 100 = 65 200 = 3	20/70 = 8453 20/200 = 3 20/100 = 85 20/50 = 752388	(One Miss Allowed Per Line) 20/40 = 534268	20/30 = 348752 20/25 = 578236 20/20 = 745932
BOTH EYES: ACUITY A B C 1. 20 = 857432 25 = 674235 30 = 382457 2. 40 = 563472 50 = 859423 60 = 8927 3. 70 = 2978 100 = 43 200 = 9	20/70 = 2978 20/200 = 9 20/100 = 43 20/50 = 859423	(One Miss Allowed Per Line) 20/40 = 563472	20/30 = 382457 20/25 = 674235 20/20 = 857432

INTERMEDIATE POINT TEST — SWITCH TO INT 1 OR INT 2 ON HAND CONTROL

BOTH EYES: ACUITY A B C 1. 20 = 857432 25 = 674235 30 = 382457 2. 40 = 563472 50 = 859423 60 = 8927 3. 70 = 2978 100 = 43 200 = 9	20/70 = 2978 20/200 = 9 20/100 = 43 20/50 = 859423	(One Miss Allowed Per Line) 20/40 = 563472	20/30 = 382457 20/25 = 674235 20/20 = 857432
--	---	---	--

FAR POINT TESTS — SWITCH TO FAR ON HAND CONTROL

COLOR Severe (Red/Green) 32 79 23	None or One Correct	Two Correct	Three Correct
COLOR Mild (Blue/Violet) 92 56 63	None or One Correct	Two Correct	Three Correct
HORIZONTAL FIELD TEST	LEFT SIDE 85° 70° 55° NASAL RIGHT SIDE NASAL 55° 70° 85°		
VERTICAL FIELD TEST	UPPER 35° L 35° R LOWER 35° L 35° R		
PHORIA (EYE COORDINATION) Red—Lateral	ESO 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 EXO RIGHT H. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 LEFT H.		
STEREOPSIS	Box 10%, 592° Heart 30%, 208° Cross 40%, 74°	Star 75%, 45°	Cross 85%, 32°

Continued on reverse side

www.orientesalud.co - Sede Principal: 63 a #47 - 25 Altos del Lago, Rionegro/Antioquia.
contactenos@orientesalud.co - Línea de Atención: 57(4) 322 32 12 - 559 56 15 Cel: 319 681 01 04 - 312 885 46 94

Keystone VS-V GT Medical Record Form

TEST DESCRIPTION AND KEY			UNACCEPTABLE	MARGINAL	ACCEPTABLE
CONTRAST SENSITIVITY A B C 1. 10% = 958 20% = 479 30% = 803 2. 40% = 347 50% = 563 60% = 534 3. 70% = 428 80% = 728 90% = 862			00% = 062 70% = 428 80% = 728 80% = 534	50% = 563	40% = 347 30% = 803 20% = 479 10% = 958
GLARE RECOVERY ROW 1. 2 6 5 1 4 3 9 ROW 2. 8 2 9 4 6 3 5 ROW 3. 6 3 9 5 2 7 4			☐ Four or less correct 2 6 5 1 4 3 9 8 2 9 4 6 3 5 6 3 9 5 2 7 4	☐ Five correct 2 6 5 1 4 3 9 8 2 9 4 6 3 5 6 3 9 5 2 7 4	☐ Six or more correct 2 6 5 1 4 3 9 8 2 9 4 6 3 5 6 3 9 5 2 7 4
NEAR POINT TESTS — SWITCH TO NEAR ON HAND CONTROL					
RIGHT EYE: ACUITY A B C 1. 20 = 547638 25 = 428578 30 = 943852 2. 40 = 795823 50 = 357248 60 = 7236 3. 70 = 9574 100 = 92 200 = 5			20/70 = 9574 20/200 = 5 20/80 = 7236 20/100 = 92 20/50 = 357248	(One Miss Allowed Per Line) 20/40 = 795823	20/30 = 943852 20/25 = 428578 20/20 = 547638
LEFT EYE: ACUITY A B C 1. 20 = 745932 25 = 578236 30 = 346752 2. 40 = 534268 50 = 752366 60 = 6254 3. 70 = 8453 100 = 85 200 = 3			20/70 = 8453 20/200 = 3 20/80 = 6254 20/100 = 85 20/50 = 752366	(One Miss Allowed Per Line) 20/40 = 534268	20/30 = 346752 20/25 = 578236 20/20 = 745932
BOTH EYES: ACUITY A B C 1. 20 = 857432 25 = 674235 30 = 382457 2. 40 = 563472 50 = 859423 60 = 8927 3. 70 = 2978 100 = 43 200 = 9			20/70 = 2978 20/200 = 9 20/80 = 8927 20/100 = 43 20/50 = 859423	(One Miss Allowed Per Line) 20/40 = 563472	20/30 = 382457 20/25 = 674235 20/20 = 857432

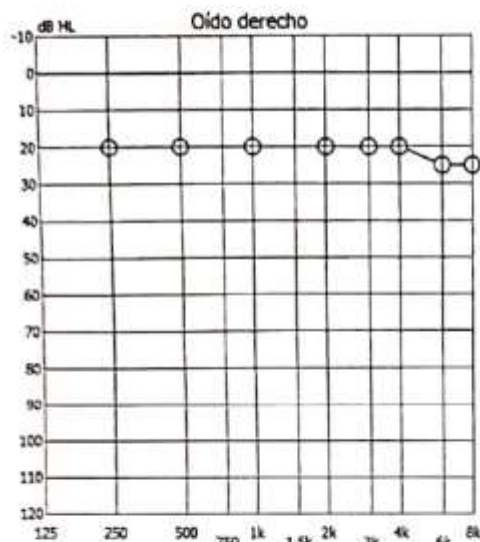
Comments:

Paciente **Dela Cruz Giraldo Rober JESUS**, 49 años, Nacido en **17/05/1972**

Fecha de visita **30/08/2021**

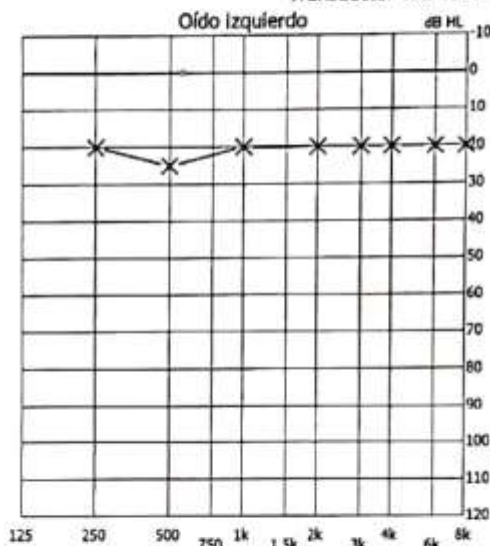
Audiometría de Tono Puro

Instrumento: INVENTIS PICCOLO, SN: AU1PH16201105
Transductor VA: TDH-39



LEYENDA

○	R AC UNMASKED
×	L AC UNMASKED



	125	250	500	750	1k	1.5k	2k	3k	4k	6k	8k
AC Thr.		20	20		20		20	20	20	25	25
BC Thr.											

	125	250	500	750	1k	1.5k	2k	3k	4k	6k	8k
AC Thr.		20	25		20		20	20	20	20	20
BC Thr.											

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL	CÓDIGO: FOR-PM-CE-11
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN: NOVIEMBRE 2018

CIUDAD Y FECHA: Rionegro Agosto 30 /2021
 CARGO: Conductor EMPRESA: Inversiones Caris

Yo Rober de la Cruz Giraldo identificado(a) con c.c. No. 10592362
 certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas
 complementarias que serán realizadas por ORIENTESALUD IPS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA
 LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10) Igualmente autorizo
 expresamente a ORIENTESALUD – IPS, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la
 Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia
 de la evaluación médica ocupacional (CONCEPTO). DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN
 VIGENTE (Res. 2346/07 y Res.1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los
 siguientes exámenes:

Valoración Médico Ocupacional	X	Prueba Psicosensométrica	X
Valoración Optometría / Visiometría	X	Electrocardiograma	
Valoración Audiometría	X	Valoración Psicológica	
Valoración Espirometría		Vacunas (especificar):	
Test de Tóxicos	X	Hepatitis B	Toxoide Tetánico
Exámenes Laboratorio:			
Glicemia		Koh	Hemograma
Colesterol Total		Frotis Faringeo	Colinesterasa
Triglicéridos		Coproológico	Otro:

Firma del Trabajador

 C.C. No. 10592362

Huella Índice Derecho

