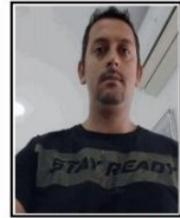




Nº 41.705

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	02 MES	2024 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE ESPECIAL DE PITALITO SAS				TRANSPORTE ESPECIAL DE PITALITO S.A.S.			
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)							
SANTOFIMIO AUDOR FABIAN ANDRES Apellidos y Nombres				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC	1084576456 Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
SI	PARA CONDUCCIÓN						
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES		TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VIOSIMETRIA				✓	EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA				✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE SU EPS.		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL OTROS : REALIZAR ADECUADO MANEJO DE CARGAS			HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL. AUDIOMETRIA NORMAL. OPTOMETRIA NORMAL. PRUEBA PSICOSENSOMETRICA NORMAL. SIN RESTRICCIONES., LAVADO FRECUENTE DE MANOS. NOTA: NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: AMAYA RODRIGUEZ OMAR				Nombre: SANTOFIMIO AUDOR FABIAN ANDRES			
R. M.: 874		L.S.O.: 168		Código de Seguridad D583J1P41705		CC: 1084576456	



EXAMEN DE VISIONETRIA

Atencin N°: 22,796

DATOS PERSONALES

Fecha: 17/02/2024 Municipio: NEIVA (HUILA, COLOMBIA) CC: 1084576456 Nombre: SANTOFIMIO AUDOR FABIAN ANDRES Edad: 36 AÑOS 8
 Genero: MASCULINO Profesiin o Cargo: CONDUCTOR Empresa: TRANSPORTE ESPECIAL DE PITALITO S.A.S.
 Eps: Tipo Evaluaciin Medica: MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO F. Ultimo Examen: 6 MESES
 Lugar del Ultimo Examen: NEIVA Motivo Consulta: EXAMEN OCUPACIONAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIIN LABORAL VISUAL	
LENTE DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APlica
TRAЕ RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APlica	20/ 20	.50M	N/A	NO APlica		N/A	N/A
O.I:	NO APlica	20/ 20	.50M	N/A	NO APlica		N/A	N/A
A.O:	NO APlica	20/ 20	.50M	N/A	NO APlica		N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES				
CONTROL EN UN AÑO				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:				
CONTROL EN UN AÑO				

OPTOMETRA

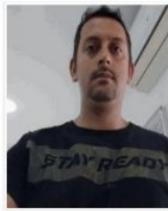
Lorena Martinez

PACIENTE

Santofimio Audor

Firma: _____
 Nombre: MARTINEZ CARDOZO LORENA
 R. M.: 1003802940 L.S.O.: _____

Firma: _____
 Nombre: SANTOFIMIO AUDOR FABIAN ANDRES
 CC: 1084576456



AUDIOMETRIA

Atención N°: 24743

DATOS PERSONALES

Fecha:	17/02/2024	Ciudad:	NEIVA (HUILA, COLOMBIA)	Eps:	
Tipo Examen:	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO				
CC:	1084576456	Nombre:	SANTOFIMIO AUDOR FABIAN ANDRES	Edad:	36 AÑOS 8 M
Fecha Nacimiento:	15/06/1987	Empresa:	TRANSPORTE ESPECIAL DE PITALITO S	Ocupacion:	MASCULINO CONDUCTOR

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOAUDIOLOGIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

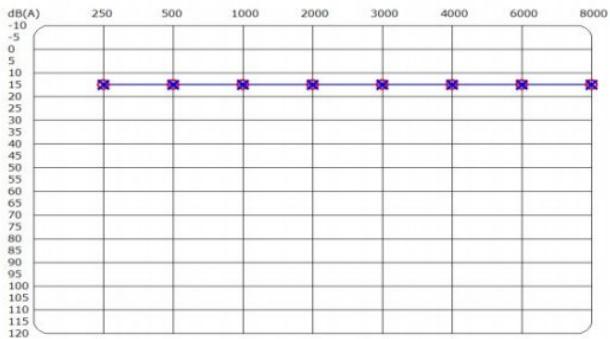
Descanso auditivo(Horas) :	12 Hora(s)	Realizó re test:	SI	Uso Cabina Sonoamortiguada:	SI
Marca y Referencia audiometró utilizado:	RESONANCE R27A				
			F. Ultima Calibración: 2023-04-04		

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
 < : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL



SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oido izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICIÓN	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Karla Martinez

Firma:

Nombre: MARTINEZ CARDOZO KARLA PATRICIA

R. M.: 6877

L.S.O.: 2303

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: SANTOFIMIO AUDOR FABIAN ANDRES

CC

1084576456