



Nº 34.254

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

30	09	2024	NEIVA (HUILA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL <b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	

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

PARTICULAR

PARTICULAR

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)

FIERRO RODRIGUEZ JHON FREDY

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	48 AÑOS 4 MESES 25 DÍAS	CC	7704759
Apellido y Nombres			Tipo Número

Cargo

**CONDUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO(CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: **NO APLICA**

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

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRÍA	✓
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	-----	-----
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>			
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO	
		HACER DEPORTE	
		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO, RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR: HACER PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE EPP, ADOPTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES, BAJAR DE PESO.

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. 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**



Firma:

Nombre: GRANADOS SARMIENTO DIEGO CARLOS

R. M.: 15 1487/2009

L.S.O.: 1367/2022



Código de Seguridad

F173L1R34254

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: FIERRO RODRIGUEZ JHON FREDY

CC: 7704759



## EXAMEN DE VISIONETRIA

Atención N°: 18,701

<b>DATOS PERSONALES</b>			
Fecha: 30/09/2024	Municipio: NEIVA (HUILA, COLOMBIA)	CC: 7704759	Nombre: FIERRO RODRIGUEZ JHON FREDY
Genero: MASCULINO	Profesión o Cargo: CONDUCTOR	Edad: 48 AÑOS 4	
Eps: FOMAG	Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
Lugar del Último Examen: NEIVA HUILA	F. Último Examen: HACE 1 MES		
Motivo Consulta: LABORAL			

## ANTECEDENTES VISUALES

EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	8 HORAS PRESBICIA
---	----------------------

## PRUEBAS REALIZADAS

<b>SINTOMATOLOGÍA</b>
ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D: NO APLICA	20/ 20	1.25	0	NO APLICA	N/A	N/A
O.I: NO APLICA	20/ 20	1.25	0	NO APLICA	N/A	N/A
A.O: NO APLICA	20/20	1.25	0	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

## CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:</b>
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

<b>OPTOMETRA</b>	<b>PACIENTE</b>
<i>Maria Mercedes Cárdenas G.</i>	<i>J. Rodriguez</i>
Firma:	
Nombre: CARDENAS GUALTEROS MARIA MERCEDES	Firma:
R. M.: 7606-2003	Nombre: FIERRO RODRIGUEZ JHON FREDY
L.S.O.:	CC: 7704759



## AUDIOMETRIA

Atención N°: 13555

<b>DATOS PERSONALES</b>	
Fecha: 30/09/2024	Ciudad: NEIVA (HUILA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
CC: 7704759	Nombre: FIERRO RODRIGUEZ JHON FREDY
Fecha Nacimiento: 06/05/1976	Empresa: PARTICULAR
	Edad: 48 AÑOS 4 M Genero: MASCULINO
	Ocupación: CONDUCTOR

<b>ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES</b>					
Empresa	Cargo	Tipo de Protección		Tolerancia	Años Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA		NO APLICA	0 0

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>					
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación		
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE		
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE		
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS			
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE				

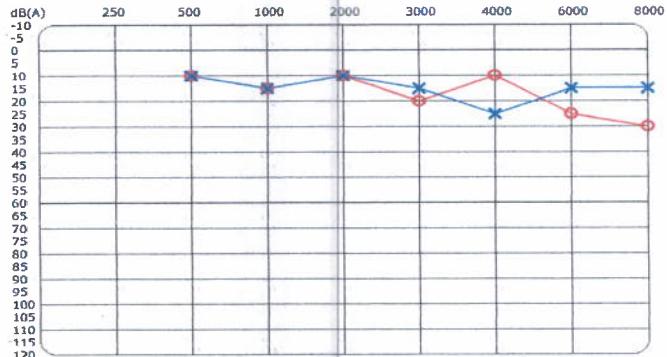
<b>EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL</b>					
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación		
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE		
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE		
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO			
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE				

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA		
Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s)	Realizó re test: NO	Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: ENTOMED SA204	F. Ultima Calibración: 2023-01-24	

: Vía aérea del OD       : Vía aérea del OI  
 : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)       : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

<b>OTOSCOPIA</b>	
Oído derecho:	RESTOS DE CERUMEN
Oído izquierdo:	NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD.	10	15	10	20	10	25	30	
VAOI	10	15	10	15	25	15	15	



<b>PTA</b>	
Oído derecho: 13.75	Oído izquierdo: 12.50

<b>Descripción Frecuencial</b>	
OD; AUD DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, CAÍDA LEVE EN 8000HZ. OI; AUD. NORMAL	

<b>SEVERIDAD - CAOHC</b>	
Oído derecho: Normal(0 - 25 dB)	Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

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

<b>RECOMENDACION</b>	
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO CONDRIC CON VENTANA CERRADA	
<b>OBSERVACION</b>	

<b>Observaciones</b>	
OD; AUD DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, CAÍDA LEVE EN 8000HZ. OI; AUD. NORMAL	