



**DRA. MAGDA BEATRIZ TORO LEYVA**  
MEDICO CIRUJANO  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**



FECHA:	30/10/2023	CIUDAD :	OCAÑA	EMPRESA:	TRANSPORTES NUEVA ERA
DATOS DEL EMPLEADO					
NOMBRE:	CRISTIAN DAVID	APELLIDOS:	AGATÓN FIERRO	EDAD:	39
ID N*:	5.398.312	CARGO:	CONDUCTOR	GÉNERO:	MASCULINO : <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO :

INGRESO:	PERIODICO: <input checked="" type="checkbox"/>	EGRESO:	REINTEGRO:	REUBICACIÓN:	OTRO:
----------	--	---------	------------	--------------	-------

EXÁMENES REALIZADOS					
<ul style="list-style-type: none"><li>EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.</li><li>AUDIOMETRÍA</li><li>VISIOMETRIA</li></ul>					

CONCEPTO MÉDICO LABORAL					
EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN EGRESO	
<input type="checkbox"/> SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO <input type="checkbox"/> CON RECOMENDACIÓN PARA EL CARGO <input type="checkbox"/> CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO <input type="checkbox"/> APLAZADO HASTA VALORACIÓN CON ESPECIALISTA		<input checked="" type="checkbox"/> PUEDE CONTINUAR LABORANDO <input type="checkbox"/> PUEDE CONTINUAR LABORANDO CON RECOMENDACIONES <input type="checkbox"/> PUEDE CONTINUAR LABORANDO CON RESTRICCIONES <input type="checkbox"/> SE SUGIERE REUBICACIÓN		<input type="checkbox"/> EGRESO SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> NO SATISFACTORIO POR SOSPECHA DE: <input type="checkbox"/> SECUELA ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD AGRAVADA POR EL TRABAJO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PROFESIONAL	

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESARROLLAR				RECOMENDACIONES	
TRABAJO EN ALTURAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA
TRABAJO ELÉCTRICO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> HIGIENE POSTURAL		<input checked="" type="checkbox"/> DIETA Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA
ESPACIOS CONFINADOS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> PAUSAS ACTIVAS		<input checked="" type="checkbox"/> MEDIDAS ANTI VARICOSAS
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> UTILIZACIÓN EPI		<input type="checkbox"/> SUSPENDER TABAQUISMO
CONDUCCION DE VEHICULO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AYUDAS ERGONOMICAS		<input type="checkbox"/> PROTECCIÓN SOLAR
MANEJO DE ARMAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> MANEJO DE CARGAS		REMISION: EPS <input checked="" type="checkbox"/> ARL <input type="checkbox"/>
					CONTINUAR MANEJO MÉDICO EPS

INCLUIR SVE:	VISUAL:	CARDIOVASCULAR:	RESPIRATORIO:	AUDITIVO:	ERGONÓMICO:	PSICOLABORAL:
--------------	---------	-----------------	---------------	-----------	-------------	---------------

OBSERVACIONES						
CONTROL ANUAL DE OPTOMETRÍA EN SU EPS. SE INICIA TRATAMIENTO.CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL SOBRE LEVANTAMIENTO DE PESO.						

*Dra. Magda Toro Leyva*  
MEDICO ESPECIALISTA  
EN SALUD OCUPACIONAL  
Lic. 13156/11

FIRMA DEL MEDICO  
REGISTRO PROFESIONAL

*Agatón Fierro*

FIRMA DEL PACIENTE  
CC: 5.398.312  
TEL: 3203036046

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR LA CUAL TIENE UN CARÁCTER CONFIDENCIAL  
CONFORME CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 16 DE LA RESOLUCION 2346 DE 2007

CRA 13 N\* 12-25 LOCAL 201 PASOS ABAJO DEL ALMACEN GRAN ANDINO. TEL: 3012592428 – 3158954782 OCAÑA N.S



Dra. JULIANA PATRICIA  
CHACON GOMEZ

OPTOMETRA RM 1445 - USTA B/MANGA  
ESP. EN LENTES DE CONTACTO Y SEGMENTO ANTERIOR

### VISIONOMETRIAS

NOMBRE	Christian David	ENTIDAD:	TNE.	EDAD	39	FECHA	D	M	A
APELLIDO	Agaton Fieric	No Documento:	5398312				30	10	2023
CARGO	Conducta					TEL:	3203036046		

### ANAMNESIS

Motivo Consulta	Periodico "Control 3ea AV, No ref AV"
Ant Generales	Gen (-) Qx (-)
Rx Ocasional	
Ant Opt/Oftalm	Ult examen Opt from licencia 11-10-20

### TOMA DE AV CC / SC

SC	OD	20/20 05m	EXAMEN MOTOR	C.C.	\$
	OI	20/20 05m		S.C.	\$
CC	OD	---	TEST DE COLOR	Normal	ESTERIOPSIS
	OI	---			
DP: 58/60			SEGMENTO POSTERIOR - RETINA		

### LENSOMETRIA. RX DE USO

OD: -	20/20	OD: Retina aplicada NO detalles	01
OI: ADD		OI: Retina aplicada NO detalles	01
Tipo de Lente.	No trae	Otros:	

### SEGMENTO ANTERIOR

Normal	
IDX	Ametropia
CONDUCTA	Gafas Sol (Protección) Control Rx (=)
OTRAS ANOTACIONES	liberada. Sin restricción, Vigente.

Md Tratante: JULIANA PATRICIA CHACON GOMEZ  
OPTOMETRA  
ESP EN LENTES DE CONTACTO Y SEGMENTO ANTERIOR  
RM 1445 USTA

CALLE 11-17-18 MARTINETE. 5697801 322 456 7018.





## AUDIOMETRÍA

FECHA: 2023-10-30

HORA: 07:53

Nombre: CRISTIAN DAVID AGATON  
Dirección: BO JUAN XIII

ID: 5398312  
Tel: 3203036046

Edad: 39 Años 4 Meses 3 Días  
Sexo: M

Estado civil: U

Motivo de consulta: USUARIO REMITIDO PARA VALORACION DEL UMBRAL AUDITIVO

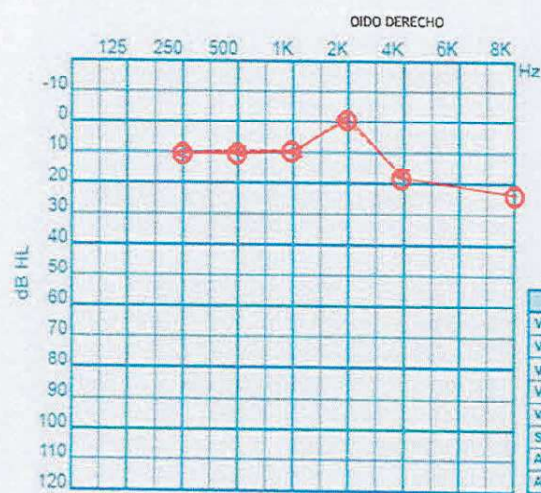
Antecedentes: NINGUNO

Otoscoopia OD: SI Otoscoopia OI SI

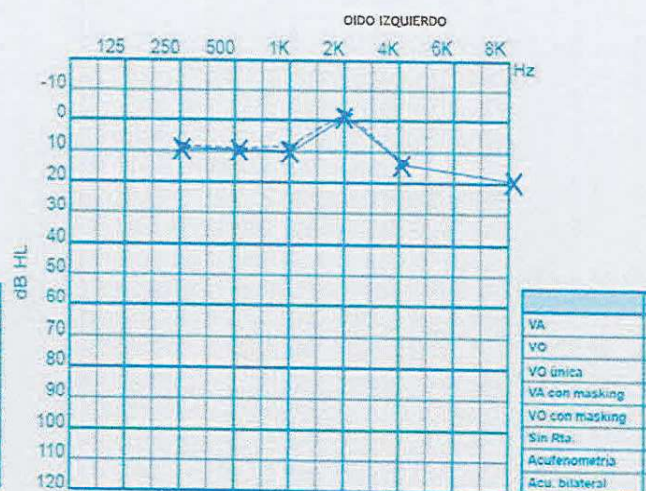
OIDO DERECHO: NORMAL

OIDO IZQUIERDO: CERA

### AUDIOMETRIA



PROMEDIO TONAL AUDITIVO OD: 12db



PROMEDIO TONAL AUDITIVO OI: 10db

Impresión Diagnóstica: OIDO DERECHO: AUDICION NORMAL EN FRECUENCIAS GRAVES, DESCENSO DE FRECUENCIA 8000

OIDO IZQUIERDO: AUDICION NORMAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z011-EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

DIAGNOSTICO RELACIONADO:

OTROS PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Sugerencia: EXAMEN PERIODICO DE LA AUDICION	

ANA AMINTA ARIAS GARCIA  
ESP. FONOAUDIOLOGA

ANA AMINTA ARIAS GARCIA  
ESP. FONOAUDIOLOGA

CRA 13 N # 12-25 LOCAL 201 CENTRO Celular: 312 3868556 - NIT. 37318927-3

E-mail: anitarias2007@hotmail.com

Ocaña (N.S.) - Colombia