



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					

- EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR.
- AUDIOMETRÍA
- VISIOMETRÍA

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"/>	OCCUPACIONALES	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
CONDUCCIÓN 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

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



VISIOMETRIAS

NOMBRE	Christian David	ENTIDAD: TNE	EDAD 39	FECHA	D	M	A
APELLIDO	Agaten Fieric	No Documento:	5398312	30	10	2023	
CARGO	Conducta	TEL:	3208036046				

ANAMNESIS

Motivo Consulta Periodico "Control 3ea AV, No ref AV↓"

Ant Generales Ben (-) Rx (-)

Rx Ocasional

Ant Opt/Oftalm Ott examen Opt tram Isoniac +1.00

TOMA DE AV CC / SC

SC
OD 20/20 105m
OI 20/20 05m
CC
OD _____
OI _____
DP: 58/60

EXAMEN MOTOR

C.C.
S.C.

TEST DE COLOR

Normal ESTERIOPSIS 40'

SEGMENTO POSTERIOR - RETINA

LENSOMETRIA. RX DE USO
OD: - 20/20 OD: Retina aplicada NO detalles OI

OI: ADD OI: Retina aplicada NO detalles OI

Tipo de Lente. No tiene Otros:

SEGMENTO ANTERIOR

Normal

IDX	Ametropia
CONDUCTA	Gafas Sol (Protección) Control Rx (-)
OTRAS ANOTACIONES	Urgencia: Sin restricción, Vigente.

Md Tratante: JULIANA PATRICIA CHACON GOMEZ
Optometra Especialista en Lentes
Calle 11-17-18 MARTINETE. 5697801

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

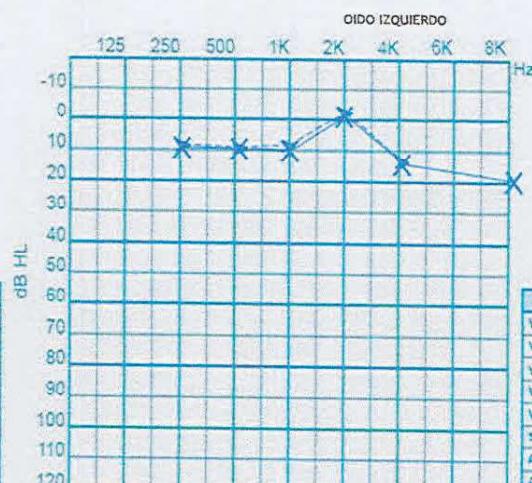
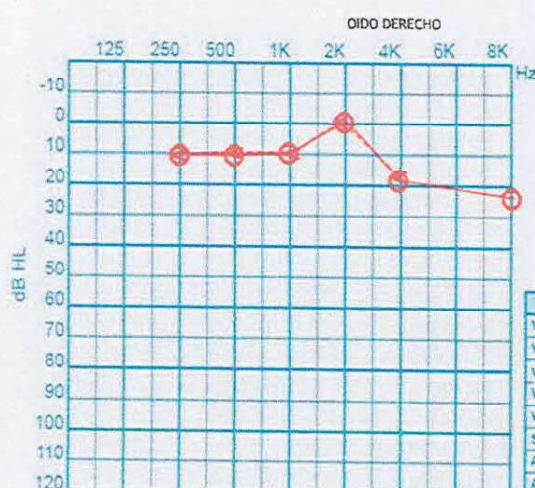
Antecedentes: NINGUNO

Otoscopia OD: SI Otoscopia 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
Fonoaudiologa
CP 6629

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