



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 129,024

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	08 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA							
PARTICULAR 2023 - CONV2 - ASESC - CONTADO - INTRA				PARTICULARES			
Nombre del acuerdo comercial				Empresa			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
GALLEGOS SEPULVEDA JUAN PABLO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS	CC	75089364 Número
Apellido y Nombres							
Cargo OFICIAL DE CAMPO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES				
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				OPTOMETRIA (MANUAL)			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA, HABITOS DE VIDA Y ALIMENTACION SALUDABLE, DIETA							
<p>Consentimiento Informado: "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. En caso de necesitar exámenes de laboratorio para complementar mi historia clínica, autorizo al laboratorio clínico de la IPS Ocupacional Santa Clara SAS a realizar la toma de las muestras necesarias para su realización. 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".</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Firma: _____			
Nombre: MORENO ARBOLEDA LEYLA SABINA				Nombre: GALLEGOS SEPULVEDA JUAN PABLO			
R. M.: 76-0109 DE 2005 L.S.O.: 724-5 DE 2015				CC: 75089364			
 Código de Seguridad				 X703D1J129024			

VALORACION RETIRO INGRESO PERIÓDICO FECHA **31/08/2023**

HISTORIA OPTOMETRICA OCUPACIONAL

I. INFORMACION DE LA EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE **Particular** ACTIVIDAD ECONOMICA
EMPRESA USUARIA
CIUDAD **Cali.** DIRECCION
TELEFONO

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: **Juan Pablo Gallego Sepulveda** D.I. C.C. D.T.I. C.E. No. **75089364**
LUGAR DE NACIMIENTO: **Salamina Caldas** EDAD: **44 años** FECHA DE NACIMIENTO **15/12/1977** SEXO **M**
ESTADO CIVIL: **SOLTERO** CASADO VIUDO UNION LIBRE DIVORCIADO OTRO No. DE HIJOS: **2**
NIVEL DE ESCOLARIDAD PR. BTO. TEC. U POS COMPLETO INCOMPLETO PROFESION: **Procesos Gastronomicos**
DIRECCION RESIDENCIA **Calle 46 #154 n-70** BARRIO **La Florida** TELEFONO **3104675050**
E. SOCIOECONOMICO **1 2 3 4 5 6** EPS: **New EPS** ARP AFP

III. INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

FECHA INGRESO **D M A** ANTIGUEDAD(MESES) CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR **Aux Campo / conductor**

IV. EXAMEN OPTOMETRICO

AP: **Ningunio** AF: **2 cancer**
AO: **Ningunio**
AV HABITUAL: **SC** OD: **20/20** CERCA OD: **20/20**
CC: **LEJOS** OI: **29/20** OI: **29/20**
VISION CROMATICA: **Normal** AP: **40"** Normal
ESTEREOPSIS: **40"** Normal
SEGMENTO ANTERIOR: **Anexos y replejos** BUEN REFLEJOS PUPILARES: **Normal**
CT: **33 cm** 33 cm: **+** 20 cm: **+** 20 cm: **+**
PPC: **6 ast** NORMAL: **X** ALEJADO: **Ambo ojos**
OFTALMOSCOPIA: OD: **Fundo** OI: **Normal en**
REFRACCION: OD: **Neutro** 20/20 OI: **Neutro** 20/20
DX: **AO Emetropia** CX: **Amb sin Rx**

V. VISIONETRIA

AV CC Rx USO: _____ OD: _____ AVC CC: _____ OD: _____
SC: _____ OI: _____ SC: _____ OI: _____
EE: _____

MOTILIDAD: _____ PPC: _____
OFTALMOSCOPIA: OD: _____ OI: _____
RETINOSCOPIA: OD: _____ OI: _____

VI. OBSERVACIONES

VII. SE REMITE

OPTOMETRIA OFTALMOLOGIA ORTOPTICA OTROS: **..**

DECLARACIÓN DEL EXAMINADO: Doy fe que toda la información suministrada por los resultados de los exámenes son ciertos; acepto el anterior examen y autorizo el remitirlo para enviarlo al empleador.

Angela M. Garzon P.
Optometrista VLS
Colombia **75089304**

Firma del Examinado
C.C. **75089304**



AUDIOMETRIA

Atención N°: 50036

DATOS PERSONALES

Fecha:	31/08/2023	Ciudad:	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	Atención N°: 50036
Tipo Exámen:		INGRESO		Eps: NUEVA EPS
CC:	75089364	Nombre:	GALLEGOS SEPULVEDA JUAN PABLO	Edad: 44 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento:	15/12/1978	Empresa:	PARTICULARES	Ocupación: OFICIAL DE CAMPO

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	HIPOACUSIA 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	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

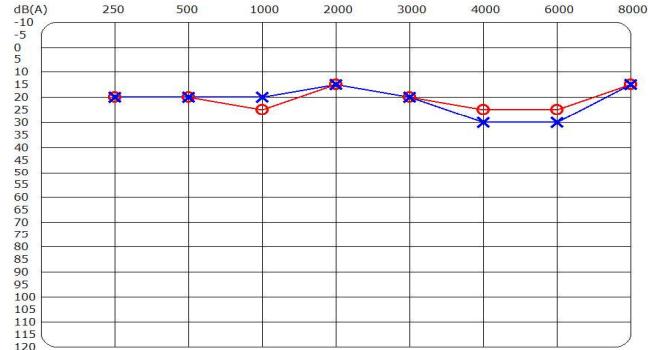
Descanso auditivo(Horas) :	0 Hora(s)	Realizó re test:	NO	Uso Cabina Sonoamortiguada:	SI
Marca y Referencia audiometró utilizado:	AUDIOMETRO INVENTIS				F. Ultima Calibración: 2021-11-17

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

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: TAPON PARCIAL DE CER



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

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: <25 dB Audición normal Oído izquierdo: <25 dB Audición normal

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICIÓN	DERECHO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H918	OTRAS HIPOACUSIAS ESPECIFICADAS	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES

OBSERVACION

Observaciones

AUDICIÓN NORMAL UNILATERAL EN OD Y AUDICIÓN FUNCIONAL EN OI CON DESCENSO LEVE EN LA FRECUENCIA DE 4000HZ Y 6000HZ

FONOaudiólogo

Firma: *Sara M. Caicedo*

Nombre: CABRERA CAICEDO DIANA MARCELA

R. M.: 1143869407 L.S.O.: _____



Código de Seguridad

N703T2Z50036

Página 1 de 1

TRABAJADOR



Firma:

Nombre:

GALLEGOS SEPULVEDA JUAN PABLO

CC

75089364