



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 129,024

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31	08	2023	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA							
PARTICULAR 2023 - CONV2 - ADESC - 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)							
GALLEGO SEPULVEDA JUAN PABLO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS	CC	75089364
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
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							
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".							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: MORENO ARBOLEDA LEYLA SABINA				Nombre: GALLEGO SEPULVEDA JUAN PABLO			
R. M.: 76-0109 DE 2005 L.S.O.: 724-5 DE 2015				CC: 75089364			



Código de Seguridad

X703D1J129024

HISTORIA OPTOMETRICA OCUPACIONAL

VALORACION RETIRO ☐ INGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ ESPECIAL ☐

FECHA 31 08 2023

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. ☒ TI ☐ C.E. ☐ No. 75089364
LUGAR DE NACIMIENTO: Salamina Caldas EDAD: 44 años FECHA DE NACIMIENTO: 15 12 1978 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 #5A N-70 BARRIO: La Florida TELEFONO: 3104675050
E. SOCIECONOMICO ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 EPS: Nueva EPS ARP AFP

III. INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

FECHA INGRESO D M A ANTIGÜEDAD (MESES) CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑO: Aux. Campo / Conductor

IV. EXAMEN OPTOMETRICO

AP: Ninguno AT: 1 cancer
AO: Ninguno
AV HABITUAL: SC ☒ LEJOS ☐ OD: 20/20 OD: 20/20
CC ☐ OI: 20/20 OI: 20/20
VISION CROMATICA: Normal AD
ESTEREOPSIS: 40" Normal
SEGMENTO ANTERIOR: Anexos y replays Bui REFLEJOS PUPILARES: Normales
CT: 6 ut 33 cm: φ 20 cm: era
PPC: 6 ut NORMAL: x
OFTALMOSCOPIA: OD: Fondo Normal OI: en Ambos ojos
REFRACCION: OD: Neutro 20/20 OI: Neutro 20/20
DX: AO Emetropico CX: Apb sin Rx

V. VISIOMETRIA

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 al médico para enviarlos al empleador.

Angela P. Garzon P
Oftalmólogo
C.C. 3707

[Firma]
Firma del Examinado
C.C. 75089364



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES Atención N°: 50036

Fecha: 31/08/2023 Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: INGRESO Eps: NUEVA EPS
CC: 75089364 Nombre: GALLEGO 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 Proteccion	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		

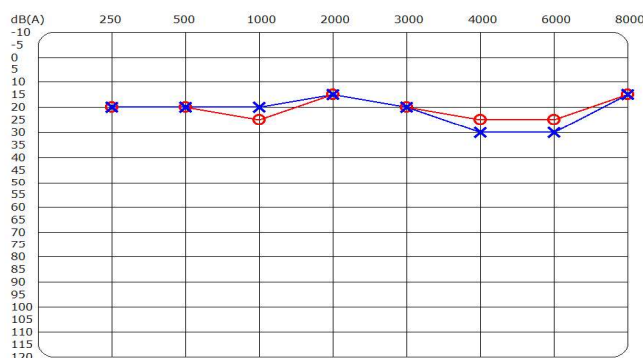
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

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

○ : 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: 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	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	DERECHO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H918	OTRAS HIPOACUSIAS ESPECIFICADAS	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION **OBSERVACION**
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES

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


FONOAUDIÓLOGO

Firma: 
Nombre: CABRERA CAICEDO DIANA MARCELA
R. M.: 1143869407 L.S.O.:



Código de Seguridad
N703T2Z50036

TRABAJADOR

Firma: 
Nombre: GALLEGO SEPULVEDA JUAN PABLO
CC: 75089364