



Cendiatra

SEDE

TELÉFONO

FECHA DE EXAMEN

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

CENDIATRA NORTE 2

6224464 - 7425327

2022-01-03

DIRECCIÓN

EMAIL

TIPO DE EXAMEN

Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89
Barrio Polo Club
[citas.norte2@cendiatra.com](mailto: citas.norte2@cendiatra.com)

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	NATALIA ANDREA GIRALDO CARRILLO	Identificación CC	Nro 1020784572
Fecha de Nacimiento	1993-08-19	Edad	28
Empresa	PARTICULAR/NORTE	Sexo	F
Cargo	MEDICO		
Fecha Ingreso	2022-01-03 13:13:47	Fecha Salida	2022-01-03 13:40:35



EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SI

Observaciones:

CONTROLES ANUALES

NO PRESENTA

OTRAS:

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

OTROS

SI

NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



RICARDO ANDRES MENDOZA PATERNINA

RM: 73188203

Firma y sello del médico

Natalia Andrea Giraldo Carrillo

NATALIA ANDREA GIRALDO CARRILLO

CC 1020784572

Firma del trabajador

SEDE	CENDIATRA NORTE 2	DIRECCIÓN	Bogotá D.C. Autopista Norte # 83 89
TELÉFONO	6224464 - 7425327	EMAIL	Barrio Polo Club citas.norte2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-01-03	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	NATALIA ANDREA GIRALDO CARRILLO			Identificación CC	Nro 1020784572
Fecha de Nacimiento	1993-08-19	Edad	28	Sexo	F
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	MEDICO				
Fecha Ingreso	2022-01-03 13:02:34	Fecha Salida	2022-01-03 13:02:43		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	u.c. 4 dias, USARIA DE LCB. NO REFIERE SINTOMAS

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
CON CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OI	20/20
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
CON CORRECCION OD	0.50 cm
CON CORRECCION OI	0.50 cm
CON CORRECCION AO	0.50 cm
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD	NO
SIN CORRECCION OI	NO
SIN CORRECCION AO	NO

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Henry Zárate Zárate

Óptico-metra Exp. Salud Ocupacional

Reg. Prof. 22540/08

Lic. No. 023630/14

Natalia Abadía

HENRY ALBERTO ZARATE ZARATE

RM: 80161938

NATALIA ANDREA GIRALDO CARRILLO

CC 1020784572

SEDE CENDIATRA NORTE 86 DIRECCIÓN Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86
TELÉFONO 7680025 - 3904798 EMAIL - 65 , Barrio Polo Club
FECHA DE EXAMEN 2022-01-03 TIPO DE EXAMEN PREINGRESO citas.norte86@cendiatra.com

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos NATALIA ANDREA GIRALDO CARRILLO Identificación CC Nro 1020784572
Fecha de Nacimiento 1993-08-19 Edad 28 Sexo F
Empresa PARTICULAR/NORTE
Cargo MEDICO
Fecha Ingreso 2022-01-03 13:10:21 Fecha Salida 2022-01-03 13:10:38

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OIDO NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS NO
ALTERACION DE LA AUDICION NO
DOLOR DE OIDOS NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS NO
CONVERSACIONES NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS NO
REALIZO POLIGONO NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

OD NORMAL
OI NORMAL

AUDIOGRAMA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB BILATERAL SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA
BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE
OBSERVACIONES NORMALIDAD
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE
NORMALIDAD

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA NO
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA SI
CONTROL AUDITIVO EN NO
LIMPIEZA AUDITIVA NO
USO DE E.P.P. AUDITIVO NO
VALORACION / CONTROL POR ORL NO
EXAMENES AUDIOLOGICOS NO
CONTROL AUDIOLÓGICO PERIÓDICO ANUAL

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K) 10
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K) 10

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB

BILATERAL

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA
BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE
NORMALIDAD

OBSERVACIONES

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS DE
NORMALIDAD

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1

Z011: Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA	NO	
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA		
CONTROL AUDITIVO EN	SI	
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	CONTROL AUDIOLÓGICO PERIÓDICO ANUAL
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
COMPLEMENTARIOS		

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Claudia C. Velásquez B.

Claudia C. Velásquez B.
Foniatría
Edu. Superior y Salud en el Trabajo
Lic. S.O. 15619 - 2013
T.P. 12 - 62215

Natalia Andrea Giraldo Carrillo

CLAUDIA CAROLINA VELASQUEZ BERNAL

RM: 1014187327

Firma y sello del médico evaluador

NATALIA ANDREA GIRALDO CARRILLO

CC 1020784572

Firma del trabajador evaluado