

	Certificado Médico Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
	PARTICULAR		

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.437.200				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	27/01/2024	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 93.410.288	EDAD	45	GENERO	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GALINDO GALEANO LUIS ANDRES				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	INSTRUCTOR		

EXÁMENES REALIZADOS	
AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - VISIOMETRÍA	
CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto con restricciones para el cargo Vigencia de las restricciones: 3 Meses	NA

RESTRICCIONES

PUEDE REALIZAR LAS LABORES PROPIAS DEL CARGO EVITANDO MANEJO DE HERRAMIENTAS CORTOPUNZANTES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL CELULAR Y REPOSO AUDITIVO POST JORNADA LABORAL

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECCION OPTICA

	Certificado Médico Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
	PARTICULAR		

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.437.200				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	27/01/2024	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 93.410.288	EDAD	45	GENERO	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GALINDO GALEANO LUIS ANDRES				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	INSTRUCTOR		

Consentimiento informado del aspirante o trabajador	
Yo <u>GALINDO GALEANO LUIS ANDRES</u> identificado con CC No. <u>93.410.288</u> . Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).	
Profesional  DR. ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL LIC.346 12-01-2023	Aspirante o trabajador  CC. 93.410.288
ELABORADO POR: MEDICINA LABORAL S.A.S 839608522 SEDE: CENTRO MAYOR TRANSVERSAL 35 NO 38B - 85 SUR PBX: (601) 744 63 46 BOGOTÁ www.medilaboral.com	

	Reporte de laboratorio		
	NO. LABORATORIO: 1.437.200		
	CIUDAD: BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S		
	FECHA: 27 de enero de 2024		
	NO. DOCUMENTO: CC. 93410288	GENERO: M	EDAD: 45
NOMBRES Y APELLIDOS: GALINDO GALEANO LUIS ANDRES			
ANÁLISIS	RESULTADO	REFERENCIA	
BIOQUIMICA			
GLICEMIA PRE	88 MG/DL	70-110 MG/DL	
			
PAOLA ANDREA RAMIREZ Bacterióloga U. Javeriana Reg. 53092985			
dra. PAOLA ANDREA RAMIREZ LOPEZ			
www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com			



EMPRESA

SEDE

NOMBRES

FECHA

PARTICULAR

CENTRO MAYOR

GALINDO GALEANO LUIS ANDRES

27/01/2024

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.93410288

FEC. NACIMIENTO: 14/12/1978

EDAD: 45

SEXO: M

PER. A CARGO: 0

ESTADO CIVIL: CASADO

ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

ESTRATO: 3

TELEFONO: 3142526594

L. NACIMIENTO: BOGOTA

DOMICILIO: CRA 8 SUR N 93 65 TORRE 3 APTO 107

CORREO: LANDRESGALINDO@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A

TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO

EPS: SANITAS

ARL: NO REFIRE

PENSIONES: PORVENIR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO

OTRO: NO REFIERE

CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR

TURNO: DIURNO

ANTIGUEDAD: NO REFIERE

DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE COCINA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: GLOMERONONEFRITIS TOMA ESIPIRONOLACTONA, ENALAPRIL, WARFARINA.

FAMILIARES: NO REFIERE.

OCULARES: USUARIO DE GAFAS DE USO PERMANENTE, NO LAS TRAE A CONSULTA.

OTROS: PACIENTE ATENDIDO SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID 19

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: INSTRUCTOR

¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO

¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI

¿TIENE LENTES FORMULADOS?: SI

FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: 10/01/2021

TIPO DE CORRECCIÓN: NINGUNO

FORMA DE USO:

PERMANENTES (SI)

OCASIONALES (NO)

PARA VER DE CERCA (NO)

PARA VER DE LEJOS (NO)

OTROS (NO)

¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

TIEMPO EN EL OFICIO: Años: 0 - Meses: 0

FECHA ÚLTIMO EXAMEN: 10/01/2023

¿HACE CUÁNTO?: Años: 20 - Meses: 0

¿USA LENTES ACTUALMENTE?: SI

¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?: SI

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Síntoma	Observaciones
Visión borrosa cerca	AMBOS OJOS
Visión borrosa lejos	AMBOS OJOS

LENSOMETRIA O.D - O.I.: NO LAS

TIPO DE LENTE OD - OI: NO APLICA

ADD O.D - O.I: NO APLICA

TRAE A CONSULTA

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección
20/70	20/	20/70	20/	20/25	20/	20/25	20/

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección
20/70	20/	20/25	20/



HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA

SEDE

NOMBRES

FECHA

PARTICULAR

CENTRO MAYOR

GALINDO GALEANO LUIS ANDRES

27/01/2024



EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL

OI: NORMAL

COVER TEST

LEJOS: [NORMAL]

CERCA: [NORMAL]

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: [ANORMAL] OPACIDAD CRISTALINO

OI: [ANORMAL] OPACIDAD CRISTALINO

PIN HOLE

OD: 20/30

OI: 20/30

TIPO DE TEST: ISHIHARA

VISIÓN CROMÁTICA: [NORMAL]

INTERPRETACIÓN: N/A

NÚMERO: N/A

TEXTO: N/A

OBSERVACIONES: N/A

ESTEREOPSIS: [NORMAL]

SEGUNDOS/ARCO: 50

INTERPRETACIÓN

PACIENTE PRESENTA DISMINUCION AV DE LEJOS EN AMBOS OJOS, PRESENTA OPACIDAD EN EL CRISTALINO.
MEJORA AV CON PH AL 20/30, SE RECOMIENDA USO DE GAFAS PARA ACTIVIDADES DE LEJOS.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H26	OTRAS CATARATAS
H522	ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES

REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECCION OPTICA

OTRA RECOMENDACIÓN

PACIENTE PRESENTA DISMINUCION AV DE LEJOS EN AMBOS OJOS, PRESENTA OPACIDAD EN EL CRISTALINO.
MEJORA AV CON PH AL 20/30, SE RECOMIENDA USO DE GAFAS PARA ACTIVIDADES DE LEJOS.

REMITIDO A:

N/A

CAUSA REMISIÓN:

N/A



HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CENTRO MAYOR
NOMBRES GALINDO GALEANO LUIS ANDRES
FECHA 27/01/2024



Consentimiento informado

Yo GALINDO GALEANO LUIS ANDRES identificado con CC.93410288. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional


Dra. July Marcela Cardenas Florez
Ocupacional ULS-
CTNPO-2599

dra. july marcela cardenas florez lic. 7851/2020

Aspirante o trabajador



CC.93410288



HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA

SEDE

NOMBRES

FECHA

PARTICULAR

CENTRO MAYOR

GALINDO GALEANO LUIS ANDRES

27/01/2024



DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.93410288

FEC. NACIMIENTO: 14/12/1978

EDAD: 45

SEXO: M

PER. A CARGO: 0

ESTADO CIVIL: CASADO

ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

ESTRATO: 3

TELEFONO: 3142526594

L. NACIMIENTO: BOGOTA

DOMICILIO: CRA 8 SUR N 93 65 TORRE 3 APTO 107

CORREO: LANDRESGALINDO@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A

TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO

EPS: SANITAS

ARL: NO REFIRE

PENSIONES: PORVENIR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO

OTRO: NO REFIERE

CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUCTOR

TURNO: DIURNO

DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE COCINA

ANTIGUEDAD: NO REFIERE

AUDIOMETRIA

FECHA ÚLTIMO EXAMEN: 15/06/2016

ANTIGUEDAD EN EL OFICIO: Años: 4 - Meses: 0

¿EXPOSICIÓN RUIDO LABORAL?: NO

¿USO DE EPA?: NO

¿CALL CENTER?: NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Evento	¿Oído D?	¿Oído I?	Observaciones
Otros	SI	SI	NO REFIERE NINGUNO
Oye en conversación co	SI	SI	
Tiene reposo auditivo	SI	SI	

ANTECEDENTES EXTRALABORALES:

Hábitos	Observaciones
Audífonos	NIEGA USO DE AUDIFONOS DE ENTRETENCION // USO DE TELEFONO EN OIDO DERECHO
Otros	CONDICE VEHICULO CON VENTANA ABIERTA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enfermedad	¿Personal	¿Familiar?	Detalle
H.T.A.	NO	SI	PADRE
Otros	SI	NO	NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES

OTROS ANTECEDENTES:

NO REFIERE

EXAMEN AUDIOMETRICO:

OBSERVACIONES OI: NORMAL					OBSERVACIONES OD: NORMAL			
HZ	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA
OIDO DERECHO	10	10	10	10	15	15	15	11,25
OIDO IZQUIERDO	15	15	15	15	15	20	15	15,00



HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA

PARTICULAR

SEDE

CENTRO MAYOR

NOMBRES

GALINDO GALEANO LUIS ANDRES

FECHA

27/01/2024



Frecuencia (Hz)	O.D. (dB)	O.I. (dB)
500	10	15
1.000	10	15
2.000	10	15
3.000	10	15
4.000	15	20
6.000	15	20
8.000	15	15

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Código	Descripción
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OBSERVACIONES AUDIOMETRIA:

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERALMENTE.
SE REALIZA ATENCIÓN CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD REQUERIDAS DE ACUERDO A RESOLUCION 555 DE 2023

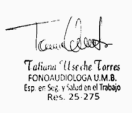
RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA:

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL CELULAR Y REPOSO AUDITIVO POST JORNADA LABORAL

Consentimiento informado

Yo GALINDO GALEANO LUIS ANDRES identificado con CC.93410288. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



Tatiana Useche Torres
FONOAUDIÓLOGA U.M.B.
Esp. en Seg. y Salud en el Trabajo
Ries. 25-275

DRA. TATIANA USECHE TORRES - LIC 25275

Aspirante o trabajador



CC.93410288

www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com