



ACTA DE REINTEGRO LABORAL CON RESTRICCIONES

El día 03 abril de 2023, siendo las 03:00 pm se hace reunión a la cual asisten **Janet Viviana Ruiz Gómez, Diana Yenny Peña Forero, Maritza García Santacruz, Annie Katherine Mejía Cardona y Osiris Isabel Romero Rodríguez**; para efectuar asignación de tareas de acuerdo con las siguientes restricciones enviadas por la **IPS SALUD LABORAL DEL VALLE** el día 03 de abril de 2023 a la señora Janet Viviana Ruiz Gómez identificada **CC 41925845**, restricciones con una temporalidad de tres (3) meses.

- Por ahora no asignar turnos nocturnos
- No exceder la jornada laboral diaria legal permitida
- Pausas de descanso de 5 minutos por cada hora de trabajo continuo.
- Por ahora evitar realizar movimientos repetitivos en forma constante con miembro superior derecho
- Puede manipular cargas hasta de 5 kg en forma bimanual
- Restricción para trabajos en alturas
- Restricción para trabajos que requieran visión binocular
- Se restringe el uso de motocicleta

OPCION 2: Después de analizar las exigencias de su puesto de trabajo, consideramos que no es posible adaptar las tareas a las restricciones, por lo cual se define realizar un proceso de reubicación laboral, analizando las diferentes posibilidades de tareas teniendo en cuenta las anteriores restricciones y se define asignar las siguientes funciones:

Cargo: auxiliar organizacional área empaque

- Secar cubiertos
- Surtir servilletas
- Surtir las bolsas y los cubiertos
- Amar cajas de productos en general en la medida de lo posible
- Atender al domiciliario y estar atenta a su requerimiento
- Limpieza y organización de la mesa destinada para el empaque de domicilios

Se garantiza el tiempo destinado para la realización de las pausas activas con uso de silla para alternancia de la postura sedente, no deberá levantar, halar o empujar cargas con peso mayor a 5 kg de forma bimanual o realizar actividades de alto impacto que impliquen sobre esfuerzo físico, no debe estar expuesta a fuentes de calor directo, pantallas o dispositivos electrónicos o actividades laborales que generen tensión – estrés – cefalea; no está permitido que efectúe funciones diferentes a las descritas anteriormente que puedan llegar a generar incumplimiento a las restricciones emitidas por el Profesional de Salud.

Se dan recomendaciones de autocuidado, cultura preventiva, control estricto de medicamentos, terapias, ayudas diagnósticas y citas de seguimiento con los especialistas, entre otros. Debe realizar uso del baño ubicado en el primer piso del restaurante (contiguo al área de empaque), no debe subir al segundo piso, está restringido el ingreso a cualquier área de la cocina o atención directa a clientes en mesas para venta de productos o prestación del servicio.

Es de vital importancia la adherencia al cumplimiento de las citas médicas, especialistas y terapias físicas programadas por la EPS y el cumplimiento de las restricciones emitidas por el medico ocupacional tanto en la actividad laboral como en su vida diaria y actividades fuera del trabajo con el propósito de promover su adecuada recuperación y goce del buen estado de salud.



Recuerde

- En caso de identificar alguna afectación a su estado de salud durante el desarrollo de sus actividades laborales, debe informar oportunamente a su jefe inmediato y al área de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Informar las fechas de las citas médicas y terapias físicas con anterioridad al jefe inmediato, por lo menos 2 días antes de la misma salvo casos excepcionales de citas o consultas programadas repentinamente.
- Informar al área de Seguridad y Salud en el Trabajo en caso de considerar que no hay cumplimiento de las restricciones durante su vigencia.
- Informar al área de Seguridad y Salud en el Trabajo las indicaciones medicas o conducta determinada por el profesional medico EPS.
- La jornada laboral establecida es de 11:00 am a 3:00 pm (no se exceden en ninguna circunstancia las 08 horas diarias u horarios nocturnos), cuenta con el tiempo estipulado para ingerir el almuerzo y los refrigerios, el día de descanso corresponde al miércoles de cada semana.

La presente acta se realizo en la fecha descrita 03/04/2023 dado que fue el día de emisión del concepto medico ocupacional de la valoración efectuada el 31/03/2023.

Del 31/03/2023 al 02/04/2023 se otorgo licencia remunerada.

Para constancia de lo anterior, se firma en Cali a los 03 días del mes de abril de 2023.

Diana Yenny Peña Forero
CC 31958924
Admón. Punto de Venta
Maquite S.A

Maritza García Santacruz
CC 1144033728
Admón. Punto de Venta
Maquite S.A

Annie Katherine Mejía Cardona
CC 1107037223
Coord. Seguridad y Salud en el Trabajo
Maquite S.A

Osiris Isabel Romero Rodríguez
CC 1143825178
Aux Seguridad y Salud en el Trabajo
Maquite S.A

Janet Viviana Ruiz Gómez
CC 41925845
Colaboradora
Maquite S.A

FO-GA-02 Rev. 5.4, Febrero 2019

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Empresa

Fecha Emisión 2023-04-03	Realizado en CALI (Valle del Cauca)	Tipo Evaluación - Énfasis Post-Incapacidad, Manipulación de Alimentos	Orden Servicio No. 849913
Nombres y Apellidos JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ		Identificación CC 41925845	Sexo Femenino
Fecha Nacimiento 1972-07-30	Edad 50 años	Talla 160 centímetros	Índice Masa Corporal 23.05
Tipo Sangre - Rh + O+		Peso 59 kilogramos	
Dirección Residencia CALLE 70 NUMERO 2-71 BARRIO SAMECO		Teléfonos 3147533267	
Cargo a desempeñar VENDEDORA	Empresa NIT 800070655-5 MAQUITE S.A	Empresa Usaria MAQUITE S.A	



Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2023-03-31. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Coprológico (2023-04-03), Examen Directo Para Hongos [Koh] (2023-04-03), Cultivo Especial Para Otros Microorganismos En Cualquier Muestra (2023-04-03)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Post-Incapacidad: Condiciones de salud que requieren restricciones médicas para el reintegro laboral.

Manipulación de Alimentos: Apto

- Restricciones Médicas:**
1. POR AHORA NO ASIGNAR TURNOS NOCTURNOS
 2. NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL DIARIA LEGAL PERMITIDA
 3. PAUSAS DE DESCANSO DE 5 MINUTOS POR CADA HORA DE TRABAJO CONTINUO.
 4. POR AHORA EVITAR REALIZAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS EN FORMA CONSTANTE CON MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
 5. PUEDE MANIPULAR CARGAS HASTA DE 5 KG EN FORMA BIMANUAL
 6. RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURAS
 7. RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS QUE REQUIERAN VISIÓN BINOCULAR

SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA QUE EL TRABAJADOR ADOpte ESTAS RECOMENDACIONES PARA SU VIDA COTIDIANA Y EXTRALABORAL.

SE RESTRINGE EL USO DE MOTOCICLETA. *Temporalidad:* 3 meses

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesigramas de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Capacitación en buenas practicas de manufactura - manipulación de alimentos.
- Capacitar en manejo adecuado de cargas.
- Permitir al trabajador realizar una pausa activa cada 2 horas durante la jornada laboral.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- **Control Médico en 3 meses.**
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

[Firma manuscrita de Dr. Juan Pablo Pelaez Velasco]

Firma Especialista

DR. JUAN PABLO PELAEZ VELASCO

Registro No.: 8399-94

LSST.: 043 de 2001, RENOVADA EN MARZO 2 DE 2022

[Firma manuscrita de Janet Viviana Ruiz Gomez]

Firma del Usuario

JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ

CC.: 41925845



Valide este documento en:

<https://simeonips.com/validar/cmo/782e0j5p-row8-tvz3-zls0-7fmokzm416q3>

Fecha Impresión: 2023-04-03 14:54:25 101484

FO-GA-02 Rev. 5.4, Febrero 2019

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis			Orden Servicio No.
2023-04-03	CALI (Valle del Cauca)	Post-Incapacidad, Manipulación de Alimentos			849913
Nombres y Apellidos		Identificación			Sexo
JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ		CC 41925845			Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1972-07-30	50 años	O+	59 kilogramos	160 centímetros	23.05
EPS	ARL		AFP		
Sanitas	Sura		Protección		
Cargo a desempeñar	Empresa			Empresa Usaria	
VENDEDORA	NIT 800070655-5 MAQUITE S.A			MAQUITE S.A	

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2023-03-31, el médico especialista DR. JUAN PABLO PELAEZ VELASCO generó las siguientes recomendaciones médicas:

Restricciones Médicas: 1. POR AHORA NO ASIGNAR TURNOS NOCTURNOS
2. NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL DIARIA LEGAL PERMITIDA
3. PAUSAS DE DESCANSO DE 5 MINUTOS POR CADA HORA DE TRABAJO CONTINUO.
4. POR AHORA EVITAR REALIZAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS EN FORMA CONSTANTE CON MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
5. PUEDE MANIPULAR CARGAS HASTA DE 5 KG EN FORMA BIMANUAL
6. RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURAS
7. RESTRICCIÓN PARA TRABAJOS QUE REQUIERAN VISIÓN BINOCULAR

SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA QUE EL TRABAJADOR ADOPTÉ ESTAS RECOMENDACIONES PARA SU VIDA COTIDIANA Y EXTRALABORAL.

SE RESTRINGE EL USO DE MOTOCICLETA. Temporalidad: 3 meses

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Continuar manejo médico en EPS.
- Control visual anual.
- Control auditivo anual.

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiene Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

La empresa **MAQUITE S.A** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST
MAQUITE S.A

Firma del Usuario
JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ
CC.: 41925845
Fecha de recibido:



Nombre: Jacet Viviana Ruiz Gomez

Cirujano: Dra Claudia Aux

Ayudantes:

Anestesia: Bloqueo penbulbar + sedacion

Diagnóstico Preoperatorio:

Hipertropia Izquierda de 13dp con

Diagnóstico Postoperatorio:

XT de 12dp

Tejidos enviados a patologia:

Nombre de la intervención: Retraccio Recto Superior 01 6.5mm
Retraccio Recto lateral 02 6.0mm

Tipo de Cirugía:

Limpia: ☒

Limpia / contaminada: ☐

Contaminada: ☐

Sucia: ☐

Hellazgos Quirúrgicos:

Tiempo Quirúrgico: 1 hora

Sangrado Estimado:

Procedimiento:

COMPLICACIONES

1 Asepsia y antiseptia con queratol.

2 Campos, tejido y Blefarostato.

3 Reparo con seda 6-00 a las 6 y 12h

4 Se hace pentonía en el campo del Recto y Reparo Superior con Vicril 8 7-00

5 Se expone el Recto superior y se Repara en sus 2 polos con Vicril 6-00.

6 Se Retracciona 6.5mm con campos y se ancla al esclero sus 2 polos, luego se ancla en su inserción.

7 Se cierra con Vicril

8 Se hace el mismo proceso pero en el Recto lateral y este se Retracciona 6mm.

9 Se cierra con Vicril.

Cu Aux

Dra. Claudia Aux. C.
OFICIAL EN CIRUGIA
OFTALMICA



Oftalmo Sanitas

Sanitas Internacional

FECHA:

19 04 2023

NOMBRE PACIENTE:

Janet Viviana R. r

DOCUMENTO:

CC A1925845

R.

Valoración anestesiología

Dra. Claudia Aux. C.
OFTRIMCLOGIA PEDIATRICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE ICBAL

R.M.

Telefono 660 7001
Ext. 5723918 - 5723906

Oftalmo Sanitas Cali	ADMISIÓN PARA CIRUGÍA OCULAR	FAS-001 3a Edición: Noviembre de 2022 Última Revisión: 23/11/2022
NOMBRE PACIENTE: JANET VINIANA	Nº DOCUMENTO: 41925845	FECHA: 19/Abril
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTRABISMO.	OD: Ojo derecho - OI: Ojo izquierdo - AO: Ambos ojos El ojo a ser intervenido es: OD <input type="checkbox"/> OI <input checked="" type="checkbox"/> AO <input type="checkbox"/>	
DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR EL DÍA DE SU CIRUGIA	COSTOS DE SU CIRUGIA	
Volante de autorización, con fecha de expedición menor a 1 mes. Documento de identidad Valoración preanestésica Resultado de exámenes paraclínicos y/o exámenes de diagnóstico	Presentar los siguientes vales: EPS MEDICINA PREPAGADA Pagar si es necesario el siguiente excedente: \$ Insumos _____ \$ Medicamento _____ \$ Derechos de sala _____ \$ Honorario médico _____ \$ Exámenes _____ \$ Consulta Anestesia _____ \$ Otro ¿Cuál? _____ \$ TOTAL A PAGAR _____	
FECHA DE CIRUGIA 6/JUNIO/23	HORA PARA ADMISION EN RECEPCION PENDIENTE	HORA DE CIRUGIA PENDIENTE
VALORACIÓN ANESTÉSICA - ANESA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Teléfono: 602-6606763 WhatsApp: 3156584001 Whapp. DIRECCIÓN: Av 4Nte # 7N - 53 Torre de Consultorios. Piso 5 ANESA		
PARA RECORDAR		
RECOMENDACIONES GENERALES * ES OBLIGATORIO PRESENTARSE CON UN ACOMPAÑANTE, de lo contrario su cirugía será cancelada. * <u>OFTALMOSANITAS un día antes de la realización de su procedimiento lo llamará para confirmar la hora de su cirugía</u> * Presentarse con ropa cómoda. * No traer joyas, ni objetos de valor. * Por favor NO utilizar maquillaje, ni esmalte en las uñas el día de la cirugía. * Tenga en cuenta las indicaciones que le dará el anestesiólogo en la consulta preanestésica.		
CUALQUIER DUDA O INQUIETUD POR FAVOR COMUNÍQUESE CON NOSOTROS Teléfono: 602-6607001 extensión 5723919 Celular: 318 2073696 Correo electrónico: procirugiaoftcali@colsanitas.com		

Oftalmosanitas Cali SAS - NIT. 900022253

Dirección: AVENIDA 4NTE # 6N- 67 Consultorio 410 - Teléfono: 6607001 EXT. 57

Nombre: JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ

Identificación: CC 41925845 - Sexo: Femenino - Edad: 50 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)

07/06/2023, 11:29:20

Carné: 10-5970118-1-1 - Historia Clínica: 41925845

Historia Clínica: 41925845

Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ.

Motivo de consulta: CONTROL.

Enfermedad Actual: CONTROL POP TROCESO DE RECTO SUPERIOR DE 7mm +RECTO LATERAL DE 6mm POR HIPERTROPIA DE OJO IZQUIERDO DE 18 Y EX OTROPIA DE 12

EXAMEN FÍSICO OFTALMOLÓGICOBALANCE MUSCULAR: ORTO POR COVER TEST
MOTILIDAD NORMAL**BIOMICROSCOPIA:**

OJO DERECHO: CÓRNEA CLARA, CÁMARA CENTRAL FORMADA, PUPILA REDONDA, CRISTALINO TRANSPARENTE

OJO IZQUIERDO: SUTURAS EN CONJUNTIVA BEN POSICIONADAS, CÓRNEA CLARA, CÁMARA CENTRAL FORMADA, PUPILA REDONDA, CRISTALINO TRANSPARENTE

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION, ALINEACION EN METAS, SE INDICA OFTABRACIN D UNA GOTA CADA 6 HORAS, CONTROL EN 1 MES

PLAN

CONTROL POR ESTRABISMO EN 1 MES (05/07/2023 HORA 10:00AM)

SE GENERA 10 DIAS INCAPACIDAD DAR PRIORIDAD

D: MELISSA

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Otros estrabismos especificados (H508), Izquierdo (a), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general, No Embarazada.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se incapacita por 10 días.
- Se solicita interconsulta a Oftalmología Pediátrica.

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dra. Claudia Aux
Médica Oftalmóloga
RM 761229

Claudia Paola Aux Cadena - Oftalmología Pediátrica
CC 1130672350 - Registro médico 1130672350

- Impreso: 07/06/2023, 11:36:00

Original

Impresión realizada por: cpaux

Página

2

de

2

Firmado Electrónicamente

OFTALMOSANITAS CALI SAS

Oftalmosanitas Cali SAS - NIT. 900022253
AVENIDA 4NTE # 6N- 67 Consultorio
410.Teléfono: 6607001 EXT. 57

Nombre: JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ
Identificación: CC 41925845 - Sexo: Femenino -
Edad: 50 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No.
7707869

CALI (SANTIAGO DE CALI)
07/06/2023, 11:29:20

Tipo de Usuario: Contributivo - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 10-5970118-1-1

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ.

Motivo de consulta: CONTROL.

Enfermedad Actual: CONTROL POP TROCESO DE RECTO SUPERIOR DE 7mm +RECTO LATERAL DE 6mm POR HIPERTROPIA DE OJO IZQUIERDO DE 18 Y EX OTROPIA DE 12

EXAMEN FÍSICO OFTALMOLÓGICO

BALANCE MUSCULAR: ORTO POR COVER TEST
MOTILIDAD NORMAL

BIOMICROSCOPIA:

OJO DERECHO: CÓRNEA CLARA, CÁMARA CENTRAL FORMADA, PUPILA REDONDA, CRISTALINO TRANSPARENTE

OJO IZQUIERDO: SUTURAS EN CONJUNTIVA BEN POSICIONADAS, CÓRNEA CLARA, CÁMARA CENTRAL FORMADA, PUPILA REDONDA, CRISTALINO TRANSPARENTE

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION, ALINEACION EN METAS, SE INDICA OFTABRACIN D UNA GOTA CADA 6 HORAS, CONTROL EN 1 MES

PLAN

CONTROL POR ESTRABISMO EN 1 MES (05/07/2023 HORA 10:00AM)
SE GENERA 10 DIAS INCAPACIDAD DAR PRIORIDAD

D: MELISSA

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dra. Claudia Aux. C.
Médica Oftalmóloga
RM 761229
Universidad del Valle

Claudia Paola Aux Cadena - Oftalmología Pediátrica
CC 1130672350 - RM, Registro médico 1130672350

- Impreso: 07/06/2023, 11:38:02

Impresión realizada por: cpaux

Página 2 de 3

Firmado Electrónicamente

Original

OFTALMOSANTAS CALI SAS

Oftalmosantitas Cali SAS - NIT. 900022253

AVENIDA 4NTE # 6N- 67 Consultorio 410. Teléfono: 6607001 EXT. 57

Nombre: JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ

Identificación: CC 41925845 - Sexo: Femenino - Edad: 50 Años

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 7707869

CALI (SANTIAGO DE CALI)

07/06/2023; 11:29:20

Tipo de Usuario: Contributivo - Otro

Contrato E.P.S Sanitas: 10-5970118-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: H508 Otros estrabismos especificados.

No se registraron otros diagnósticos en la historia clínica.

Días de incapacidad: 10 día(s)

Desde: 10/06/2023 - Hasta: 19/06/2023

MÉDICO

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Dr. Claudia Aux Cadena
Médica Oftalmóloga
R.M. 761229

Claudia Paola Aux Cadena - Oftalmología Pediatría

CC 1130672350 - R.M. Registro médico 1130672350

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

- Impreso: 07/06/2023, 11:38:02

Firmado Electrónicamente

Original

Impresión realizada por: cpaux

Página 1 de 3

Oftalmosanitas Cali SAS - NIT. 900022253

Dirección: AVENIDA 4NTE # 6N- 67 Consultorio 410 - Teléfono: 6607001 EXT. 57

Nombre: JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ

Identificación: CC 41925845 - Sexo: Femenino - Edad: 50 Años

NUMERO DE APROBACION: 213474952

CALI (SANTIAGO DE CALI)

18/02/2023, 10:06:20

Carné: 10-5970118-1-1 - Historia Clínica: 41925845

Historia Clínica: 41925845

Tipo de Usuario: Otro

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ.

Motivo de consulta: VALORACION .

Enfermedad Actual: PACIENTE CN ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 19/11/2022 AL CONDUCIR MOTO CAYO A UN HUECO , PRESENTO TRAUMA CRANEONCEFALICO Y TRAUMA FACIAL. PRESENTO FRACTURA MANDIBULAR, PALATINA , DENTOALVEOLAR, FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NAALES. DESDE EL TRAUMA PRESENTA PTOSIS PALPEBRAL DERECHA DESVIACION OCULAR , DIPLOPIA Y DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL EN OJO DERECHO
TAC DE CRANEO
DESCARTO LESIONES INTRACRANEALES

EN ANTERIOR CONSULTA SE ENCONTÓ PARÁLISIS DE TERCER NERVIO CRANEAL DERECHO. FUE REMITIDA A ORTÓPTICA. INDICARON OCLUSIÓN ALTERNANTE.

TEST DE COLORES

OD: 11/11 OI : 11/11

PUPILAS: DIAMETRO OD: 4.5 MM OI : 3 MM , REFLEJO DIRECTO 0/4 OI : 4/4 OI : DPA INVERO NEGATIVO
PARPADOS : FISURA OD: 8 OI : 10 , OD : RETRACCION PALPEBRAL CON LA ADUCCION, PSEUDO VON GRAEFE
MOTILIDAD: OD: LIMITACION PARA LA SUPRA E INFRA DUCCION , HA MEJORADO LA ADUCCION OI : NORMAL
BALANCE MUSCULAR : EXOTROPIA IZQUIERDA
ORBITA: SEUDO PROPTOSIS IZQUIERDA
EXAMEN OFTALMOLOGICO

AV: CC OD: 20/50 PH: 20/40

OI : DC PH NC

BIOMICROSCOPIA

OD: CORNEA TRANSPARENTE , CAMARA ANTERIOR FORMADA, IRISO NORMAL , CRISTALINO TRANSPARENTE
OI : CORNEA TRANSPARENTE , CAMARA ANTERIOR FORMADA, IRISO NORMAL , OPACIDAD NUCLEAR 1+

PRESIONINTRAOCULAR

OD: 10 MMHG

OI : 10 MMHG

FONDO DE OJO

OD: DISCO INCLINADO DE BORDES DEFINIDOS, ANILLO NAUERORETINAL ROSADO , EXCAVACION 10 % , VASOS Y MACULA NORMAL FONDOMIOPICO , DVP
OI : DISCO INCLINADO DE BORDES DEFINIDOS, ANILLO NAUERORETINAL ROSADO , EXCAVACION 10 % , VASOS Y MACULA NORMAL FONDOMIOPICO .

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON PARALISIS DEL TERCER NERVIO CRANEAL DERECHO CN SIGNOS DE REGENERACION ABERRANTE SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 3 MESES. SE REMITE A VALORACION POR ESTRABISMO PARA TOMAR MEDIDAS Y HACER

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con OFTALMOSANITAS CALI S A S

AV 4 NORTE 7N - 81 PISO 9, 3182073696, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Ana Milena Bautista Torres - Neurología oftalmológica
CC 66922794 - Registro médico 66922794

- Impreso: 18/02/2023, 10:32:38

Original

Impresión realizada por: ambautista

Página

2

de 3

Firmado Electrónicamente

17/10/23

Fecha: 18/02/2023, 10:06:20

DATOS DEL PRESTADOR

Oftalmosanitas Cali SAS - NIT. 900022253

Código: 760010581105

Dirección: AVENIDA 4NTE # 6N- 67 Consultorio 410 - Teléfono: 6607001 EXT. 57

Departamento: 76-VALLE

- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas

Código: EPS005

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre: 41925845 - Identificación: CC 41925845

Dirección: CLL 52 N 72 A LA FLORA - Teléfono(s): 0

Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA**Servicio referente:** Consulta Externa**Interconsulta a:** Neurología oftalmológica**Motivo referencia:** Por solicitud del médico tratante**Prioridad:** No prioritario

AMBULATORIA

Resumen de historia clínica**Ver página(s) anexa(s)****Justificación / Observaciones****Justificación:** Concepto para aclaración de sospecha diagnóstica (EPS)
CONTROL EN 3 MESES**Observaciones:****RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).**3981007
OPCS**ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA**

Por favor comunicarse con OFTALMOSANITAS CALI S A S

AV 4 NORTE 7N - 81 PISO 9, 3182073696, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO*Dra. Ana Milena Bautista*
Oftalmóloga
Neuro-Oftalmóloga
Reg. Médico 762516-01Ana Milena Bautista Torres - Neurología oftalmológica
CC 66922794 - Registro médico 66922794

- Impreso: 18/02/2023, 10:32:38

Impresión realizada por: ambautista

Original

Página

1

de

3

Firmado Electrónicamente

Oftalmosanitas Cali SAS - NIT. 900022253

Dirección: AVENIDA 4NTE # 6N- 67 Consultorio 410 - Teléfono: 6607001 EXT. 57

Nombre: JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ

Identificación: CC 41925845 - Sexo: Femenino - Edad: 50 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)

14/03/2023, 15:39:09

Carné: 10-5970118-1-1 - Historia Clínica: 41925845

Historia Clínica: 41925845

Tipo de Usuario: Otro

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ.

Motivo de consulta: VALORACION ESTRABISMO.

Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 19/11/2022 AL CONDUCIR MOTO CAYO A UN HUECO, PRESENTO TRAUMA CRANEONCEFALICO Y TRAUMA FACIAL, PRESENTO FRACTURA MANDIBULAR, PALATINA, DENTOALVEOLAR, FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NAALES. DESDE EL TRAUMA PRESENTA PTOSIS PALPEBRAL DERECHA DESVIACION OCULAR, DIPLOPIA Y DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL EN OJO DERECHO
TAC DE CRANEO
DESCARTO LESIONES INTRACRANEALES

PERSISTE CON DIPLOPIA HORIZONTAL

ANTECEDENTES:

PATOLOGÍAS: NIEGA.

MEDICAMENTOS: NIEGA.

QX OCULARES: NIEGA.

ALÉRGICOS: NIEGA.

FLIARES: NIEGA.

EXAMEN FÍSICO OFTALMOLÓGICO.

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN: PACIENTE MIOPE NO TRAE CORRECCION USALENTE DE CONTACTO QUE ACTUALMENTE NO TOLERA

MOTILIDAD OD: SUPRAVERSION -2, SUPRAVERSION EXOTROPIA IZQUIERDA DE 20, INFRAVERSION EXOTROPIA IZQUIERDA DE 20,

BALANCE: EXOTROPIA ALTERNANTE DE 18 CON HIPERTROPIA IZQUIERDA DE 18 EN VISION PROXIMA Y VISION LEJANA

BIOMICROSCOPIA OJO DERECHO: CÓRNEA CLARA, CÁMARA CENTRAL DE 3 mm, IMIDRIASIS MEDIA, PUPILA REDONDA, CRISTALINO TRANSPARENTE.

OJO IZQUIERDO: CÓRNEA CLARA, CÁMARA CENTRAL DE 3mm, IRIS NORMAL, PUPILA REDONDA, CRISTALINO TRANSPARENTE.

PRESIÓN INTRAOCULAR: AMBOS OJOS mmHg.

GONIOSCOPIA: ÁNGULO ABIERTO GRADO 3 EN 4 CUADRANTES

FONDO DE OJO:

OJO DERECHO: DISCO INCLINADO ATROFIA COROIDEA PERIPAPILAR, CON EXCAVACIÓN DE 0.2*0.2, ANILLO NEURORRETINIANO ROSADO, MÁCULA CON ADECUADO BRILLO FOVEOLAR, VASOS SIN ALTERACIONES, RETINA APLICADA SIN LESIONES

OJO IZQUIERDO: DISCO INCLINADO ATROFIA COROIDEA PERIPAPILAR, CON EXCAVACIÓN DE 0.2*0.2, ANILLO NEURORRETINIANO ROSADO, MÁCULA CON ADECUADO BRILLO FOVEOLAR, VASOS SIN ALTERACIONES, RETINA APLICADA SIN LESIONES.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PARALISIS DEL TERCER PAR OJO DERECHO POR ACCIDENTE DE TRANSITO, PRESENTA COMPROMISO EN LA SUPRAVERSION OJO DERECHO, CON HIPERTROPIA IZQUIERDA DE ANGULO ALTO Y EXOTROPIA

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Claudia Paola Aux Cadena - Oftalmología Pediátrica
CC 1130672350 - Registro médico 1130672350

- Impreso: 14/03/2023, 16:00:30

Original

Impresión realizada por: cpaux

Página 2 de 3

Firmado Electrónicamente

Fecha: 14/03/2023, 15:39:09

DATOS DEL PRESTADOR

Oftalmosanitas Cali SAS - NIT: 900022253

Código: 760010581105

Dirección: AVENIDA 4NTE # 6N- 67 Consultorio 410 - Teléfono: 6607001 EXT. 57

Departamento: 76-VALLE

- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas

Código: EPS005

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre: 41925845 - Identificación: CC 41925845

Dirección: CLL 52 N 72 A LA FLORA - Teléfono(s): 0

Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa

Interconsulta a: Oftalmología Pediátrica

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

Prioridad:

No prioritario

AMBULATORIA

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / ObservacionesJustificación: Concepto para aclaración de sospecha diagnóstica (EPS)
CONTROL

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

398 1007

Tel 6440915

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICOMiércoles 19 Abril.
9:00am.Disponibilidad de
tiempo.Claudia Paola Aux Cadena - Oftalmología Pediátrica
CC 1130672350 - Registro médico 1130672350

- Impreso: 14/03/2023, 16:00:30

Impresión realizada por: cpaux

Original

Página

1

de

3

Firmado Electrónicamente



ANEXO TECNICO 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION SERVICIOS DE SALUD

BUSCAMOS LUZ EN LA SOMBRA
Y PALABRA EN EL SILENCIO

Fecha de Apertura: 2023/04/25

Nombre:	JANET VIVIANA RUIZ GOMEZ	Identificación:	CC 41925845
Fecha de Nac.:	1972/07/30	Edad:	50 Años
Dirección:	B/SAMECO	Barrio/Localidad:	LA FLORA
Teléfono:	3147533267	Empresa Responsable:	EPS SANITAS SAS CONTRIBUTIVO
Ocupación:		Tipo Usuario:	CONTRIBUTIVO - COTIZANTE
Médico Tratante:	DIANA MARCELA MANZANO TASCON		

Entidad Prestadora: INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA
Código: 7600105205
Departamento: Valle del Cauca - 76
Municipio: Cali - 76001
Número de Solicitud: 0

INFORMACION DE ANEXO 3

Prioridad de la Atención: Electivo
Tipo de Servicio Solicitado: Servicios Electivos
Ubicación del paciente al momento de la Solicitud: Consulta Externa
Examen 6: 950601 MEDICION DE AGUDEZA VISUAL
Cantidad: 1
Justificación Clínica: CONTROL OPTOMETRIA 6 MESES

Firma del Médico	Registro Médico
DIANA MARCELA MANZANO TASCON	Diana Marcela Manzano
C.C: 31499323	Especialidad Optometría Reg. 3654



Profesional Origen: DIANA MARCELA MANZANO TASCON

Profesional Modifica: DIANA MARCELA MANZANO TASCON

Fecha Cierre: 2023/04/25

Hora Cierre: 09:44:14

Profesional Cierre: DIANA MARCELA MANZANO TASCON

Esp: OPTOMETRIA

Registro: