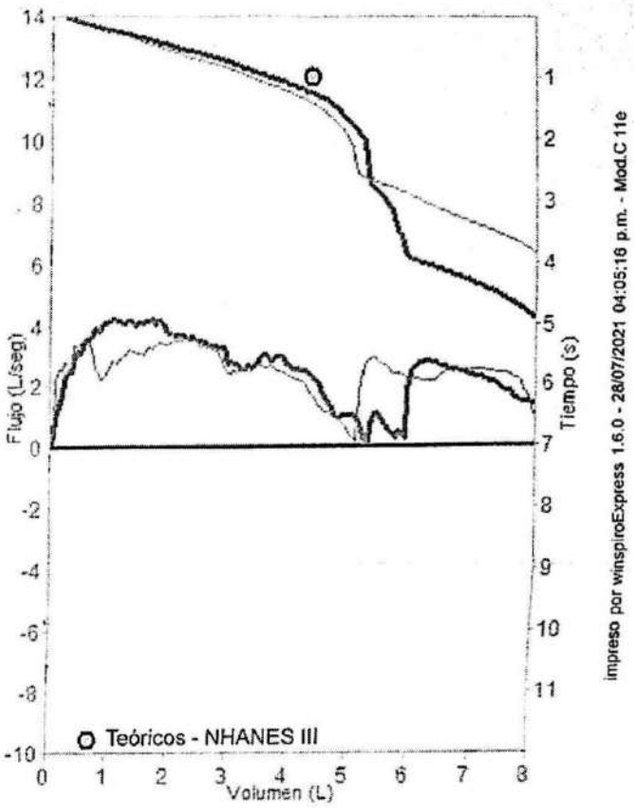
Resultados de la prueba de Función Pulmonar

Curvas flujo/ volumen y volumen/ tiempo



Datos del paciente

Apellido	RAMIREZ GALLAR	Edad	27
Nombre	JEANCARLOS	Género	Varón
Fecha de nacimi	24/01/1994	Altura, cm	173
Grupo étnico	Caucásico	Peso:, kg	82

Interpretación

Obstrucción ligera
WARNING: FEF2575 PRE = 28%Teór., FEV1/FVC PRE = 42%

Mejores valores de todas las curvas

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured	%Predicted
FVC	L	5,21	8,74	168
FEV1	L	4,30	3,69	86
FEV1/FVC	%	82,5	42,2	51
PEF	L/s	9,81	4,22	43

Fecha 28/07/2021 09:06:46 a.m.

Parámetros	BTPS	Predicted	Measured #1	%Predicted	Measured #2
Capacidad vital forzada					
FEV6	L	5,16	8,73	169	7,93
FVC	L	5,21	8,74	168	8,14
FEV1	L	4,30	3,69	86	3,35
FEV1/FVC	%	82,5	42,2	51	41,2
PEF	L/s	9,81	4,22	43	3,61
FEF2575	L/s	4,45	1,24	28	0,93
ELA	años	27	27	100	27
FIVC	L	5,21			0,00

Informe médico

Empresa:PARTICULAR **EXAMEN DE INGRESO**
Recomendaciones: Utilizar Elementos de Protección Respiratoria Adecuadamente para el tipo de Exposición)
Evitar Fumar (Inhalar)
Hábitos de Estilo de Vida Saludable 2 a 3 Veces por semana.
Conducir con los Vidrios Cerrados Si lo Amerita
Evitar Cambios Brusco de Temperatura
Realizar Pausas Activa antes y durante la actividad labor

Firma: Dra. Fisioterapeuta Reg. 04613

Instrumento usado
Spirobank_USB S/N P03586

Escaneado con CamScanner

IPS A Prueba Aguachica E.U.

NIT. 900.218.061-1

Calle 3 N° 15-71

Cel. 310 375 17 67 - Tel. 565 90 00 - E-mail. knoriega77@hotmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — Atención Nº: 360

Fecha: 28/07/2021 Municipio: AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) CC: 1065898257 Nombre: RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS Edad: 27 AÑOS 6

Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: PROMOTOR LUDICO Empresa: GOBERNACION DEL CESAR

Eps: COMPARTA Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: ENERO 2021

Lugar del Último Examen: AGUACHICA Motivo Consulta: EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	UPC AGUACHICA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	8 HORAS
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMUN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

USUARIO EMETROPE

OPTOMETRA

Firma:

Nombre: NUÑEZ ARIAS MARIS

R. M.: 1497 L.S.O.:

Código de Seguridad

R952X3D360

PACIENTE

Firma:

Nombre: RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS

CC: 1065898257

Escaneado con CamScanner



IPS A Prueba Aguachica E.U.

NIT. 900.218.061-1

Calle 3 N° 15-71

Cel. 310 375 17 67 - Tel. 565 90 00 - E-mail. knoriega77@hotmail.com

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES Atención N°: 311

Fecha: 28/07/2021 Ciudad: AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA)

Tipo Examen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: COMPARTA

CC: 1065898257 Nombre: RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS Edad: 27 AÑOS 6 MESES 2 DIAS Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 24/01/1994 Empresa: GOBERNACION DEL CESAR Ocupacion: PROMOTOR LUDICO

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
UPC AGUACHICA	COORDINADOR DE DEPOORTE Y CULTU	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		

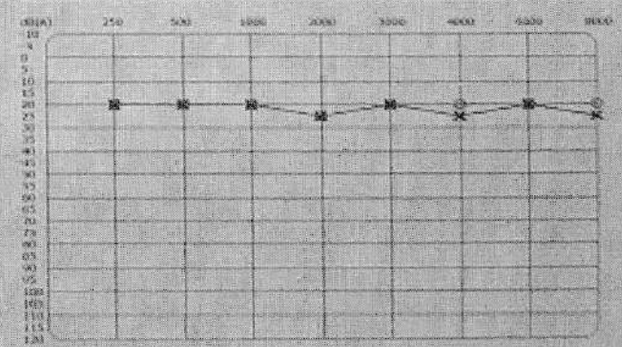
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: OSCILLA USB-350B F. Ultima Calibración: 2020-08-04

O : 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: NORMAL

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

PTA Oído derecho: 21.25 PTA Oído Izquierdo: 21.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído Izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

NINGUNA

FONOAUDIÓLOGO

Sandra Carrillo Rolón
FONOAUDIÓLOGA
RM. 54-3555

Firma:

Nombre: CARRILLO ROLON SANDRA LEONELA

R. M.: 54-3555 L.S.O.:

Impreso el 28/07/2021 a las 10:19 a.m.

Código de Seguridad
W952C2I311

Página 1 de 1

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS

CC 1065898257

Software para el sector salud - www.bariles.com.co

Escaneado con CamScanner

IPS A Prueba Aguachica E.U.

NIT. 900.218.061-1

Calle 3 N° 15-71

Cel. 310 375 17 67 - Tel. 565 90 00 - E-mail. knoriega77@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 618

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	07 MES	2021 AÑO	AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	GOBERNACION DEL CESAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS	Género	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS	CC	1065898257
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

PROMOTOR LUDICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	PARA CONDUCCION DE VEHICULOS
NO APLICA	PARA MANIPULACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS
NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA SEGURIDAD VIAL
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	ESPIROMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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. 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

Firma:

Nombre: NORIEGA RODRIGUEZ KATY TORCOROMA

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS

R. M.: 0681 L.S.O.: 0295 Código de Seguridad CC: 1065898257

D952J1P618

Escaneado con CamScanner